


E. H. B.





Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Direktor Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark).

Prof. Dr. G. Anton, Graz.

Prof. Dr. A. Guttstadt, Geh. Med.-Rath, Berlin.

Prof. Dr. E. Mendel, Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

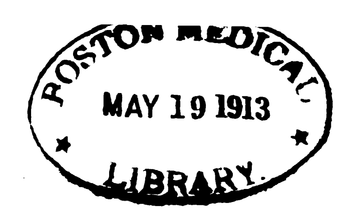
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

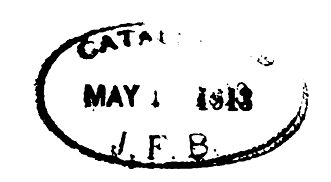
Kraschnitz (Schlesien).

Dritter Jahrgang 1901/1902.



Verlag von CARL MAROLD in Halle a. S.





Verzeichniss der Mitarbeiter.

Prof. Dr. von Bechterew-St. Petersburg.
Dr. C. Becker-Baden-Baden.
Prof. Dr. Belmondo-Padua.
Dr. Ernst Beyer-Littenweiler b. Freyburg i. B.
Ord. Dr. Berze-Kierling-Gugging.
Prof. Dr. Bleuler-Zürich.
San.-Rath Dr. Berkhan-Braunschweig.
Walter Berger (für nordische Litteratur).
Dr. Bezzola-Ermatingen.
Prof. Dr. Bianchi-Neapel.
Oberarzt Dr. Brie-Grafenberg
Oberarzt Dr. Bruns-Hannover.
Dr. Buffet-Ettelbrück.
Dir. Dr. Burckhardt-Riehen.
Dr. Buschan, Nervenarzt, Stettin.
Prof. Dr. Cirigotti-Athen.
Prof. Dr. Cramer-Göttingen.
Prof. Dr. Crocq-Brüssel.
Oberarzt Dr. Dannemann-Giessen.
Direktor Dr. Dees-Gabersee (Oberbayern).
Dr. Dehio-Dösen.
Direktor Dr. Delbrück-Bremen.
San.-Rath Dir. Dr. Dittmar-Saargemünd.
Landesbaurath Eichhorn-Merseburg.
Primararzt Dr. L. Epstein-Budapest.
Dr. van Erp Taalman Kip, Nervenarzt. Utrecht.
Geh Med.-Rath Prof. Dr. Eulenburg-Berlin.
Dr. Falkenberg-Herzberge b. Berlin.
Dr. Ch. Féré, Arzt am Bicêtre, Paris.
Dr. Hans Fischer-München.
Med.-Rath Direktor Dr. Fischer-Pforzheim.
Dr. Fischer, Besitzer der Privatanstalt in Neckargemünd.
Oberarzt Dr. Max Fischer, Illenau.
Primararzt Dr. Fischer, Pressburg.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Flechsig-Leipzig.
Dr. Förster-Bonn.
Dr. Fröhner-Uchtspringe.
Dr. J. de Fursac-Paris
Hofrath Prof. Dr. Fürstner-Strassburg.
Dr. Ganter-Hördt.
Direktor Dr. Gerlach-Königslutter.
Dr. W. Grombach-Petrowskoje b. Moskau.
Privatdocent Dr. Hallervorden-Königsberg.
Dr. Hecker-Wiesbaden.
Pfarrer Hempel-Sonnenstein.
Direktor Dr. Herfeldt-Ansbach.
Dr. Herfort-Dobran.
Oberarzt Dr. Hess-Stephansfeld.
Prof. Dr. Hjertström-Stockholm.
Prof. Dr. Hoche-Strassburg i. E.
Oberarzt Dr. Hoppe-Königsberg.
Dr. Hoppe-Uchtspringe.
Prof. Dr. Hughes-St. Louis (Nordamerika).
Oberarzt Dr. Ilberg-Sonnenstein.
Privatdocent Dr. Jacobson-Kopenhagen.
Dr. Jakowenko-Moskau.
Landesbaumeister Jenner-Lüneburg.
Professor Dr. Joffroy-Paris.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly-Berlin.
Dr. Kaplan-Herzberge b. Berlin.
Professor Dir. Dr. Kirchhoff-Neustadt (Holstein).
Oberarzt Dr. Klinke-Brieg.
San.-Rath Dir. Dr. Knecht-Ueckermünde.
Reg.-Baumeister Knoch-Halle a. S.
Oberarzt Dr. Köberlin-Erlangen.
Direktor Dr. Kölle-Pfullingen.
Oberarzt Dr. König-Dalldorf.
Geh. Med.-Rath Dr. Kornfeld-Gleiwitz.
Dr. Kornfeld-Sternberg (Mähren).
Dr. Krauss-Buffalo N.-Y.
Dr. Krauss-Kennenburg b. Esslingen.
Direktor Dr. Krayatsch-Kierling-Gugging.
Präfekt Kretschmer-Glogau.
Med.-Rath Dr. Kreuser-Winnenthal.
Prof. Dr. Kure-Tokio.
Oberarzt Dr. Lange-Jerichow.
Dr. R. Laudenheimer-Alsbach.
Dr. Johs. Lauenstein-Hedemünden.
Ober-Med.-Rath Dir. Dr. Lehmann-Dösen.
Dr. Lewald-Obernigk.
Dr. Lilienstein-Bad Nauheim.
Prof. Dr. jur. von Liszt-Berlin.
Dr. Löwenfeld, Nervenarzt, München.
Dr. Macdonald, Chefarzt, New York.
Dr. Manheimer, Chefarzt, Paris.
Dr. Marandon de Montyel, Chefarzt, Neuilly s. Marne.
Dr. Mc Creery-Melbourne.
Dr. A. Mendelsohn-St. Petersburg.
Direktor Dr. Mercklin-Treptow a. R.
Direktor Dr. Mickle-London.
Prof. Dr. Mingazzini-Rom.
Dr. P. J. Möbius, Nervenarzt, Leipzig.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moeli-Herzberge b. Berlin.
Direktor Dr. Morel-Mons (Belgien).
Dr. Müller-Uchtspringe.
Pastor Naumann-Hubertusburg.
Med.-Rath Dr. Näcke-Hubertusburg.
Direktor Dr. Neisser-Lublinitz (Schlesien)
Dr. Neumann-Strassburg.
Landesrath Noack-Breslau.
Landesrath Noetel-Posen.
Prof. Dr. Conolly Norman-Dublin.
Direktor Dr. Olah-Budapest.
Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pelman-Bonn.
Prof. Dr. Penta-Neapel.
San.-Rath Dir. Dr. Peretti-Grafenberg.
Prof. Dr. Pick-Prag.
Dr. von Rad-Nürnberg.
Dr. Ranniger-Sonnenstein.
Oberarzt Dr. Ransohoff-Stephansfeld.
Dr. M. Rheinboldt-Bad Kissingen.
Direktor Dr. Ritti-St. Maurice (Seine).
Privatdocent Dr. Rosenbach-St. Petersburg.
Privatdocent Dr. Salgó-Budapest.
Dr. Sander-Graudenz.
Prof. Dr. Santé de Santis-Rom.
Dr. von Scarpatetti-Feldhof.
San.-Rath Dir. Dr. Schäfer-Lengerich.
Direktor Dr. Schlöss-Ybbs a. d. Donau.
Dr. O. Schmidt-Freiburg i. Schl.
Direktor Dr. Schneider-Osnabrück.
Pastor Schubert-Untergöltzsch.
Privatdocent Dr. Schultze-Andernach.
Dr. H. Schwabe-Plauen i. V.
Dir. Dr. Semelaigne-Neuilly-sur-Seine.
Dr. John Sibbald, Inspektor of Lunacy, Edinburg.
Geh. Med.-Rath Dr. Siemens-Lauenburg i. P.
Direktor Dr. Sioli-Frankfurt a. M.
Direktor Dr. Snell-Lüneburg.
Prof. Dr. Sommer-Giessen.
Dr. Stadelmann-Würzburg.
Primararzt Dr. Starlinger-Wien.
Dr. Stegmann-Dresden.
Dr. Svenson-Upsala.
Chefarzt Dr. Taty-Lyon.
Prof. Dr. Thomsen-Bonn.
Direktor Dr. Tiling-Rothenberg b. Riga
Dr. Tippel-Kaiserswerth.
Chefarzt Dr. Urquhart-Perth.
Dr. G. von Voss-St. Petersburg.
Landesrath Vorster-Düsseldorf.
Direktor Dr. Wattenberg-Lübeck
Oberarzt Dr. L. W. Weber-Göttingen.
Landgerichtsrath Weingart-Dresden.
Direktor Dr. Werner-Owinsk (Posen).
Privatdocent Dr. Weygandt-Würzburg.
San.-Rath Dr. Wildermuth-Stuttgart.
Professor Dr. Wille-Basel.
San.-Rath Dr. Würzburg-Berlin, Biblioth. i. Kais. Ges.-[Amt.
San.-Rath Dr. Zander-Rybnik.
Dr. Ziertmann-Leubus (Schlesien).



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 1. 30. März **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Hill End, eine moderne englische Irrenanstalt.

Ein Beitrag zur Kenntniss des englischen Irrenwesens.

Von Dr. *H. Schwabe*, Ass.-Arzt der Unfall-Nervenklinik Hermannhaus in Leipzig-Stötteritz.

Im Anfang vorigen Jahres hatte ich, damals 1. Assistenzarzt an der Grossherzoglichen Irrenanstalt Sachsenberg, den Auftrag, eine geisteskranke Dame nach dem St. Andrews-Hospital in Northampton zu überführen. Ausser mancherlei anderen interessanten Eindrücken und Einblicken in das englische Irrenwesen, hatte ich insbesondere Gelegenheit, eine der neuesten öffentlichen Anstalten, Herts county Asylum Hill End, zu besichtigen und mich über die einschlägigen Verhältnisse näher zu informiren.

In deutschen Fachblättern sind nun freilich eine Reihe von Reiseberichten und Abhandlungen über das englische (und schottische) Irrenwesen niedergelegt. Ich erwähne aus der mir zugänglichen Litteratur neben dem äusserst interessanten älteren Werke von Schlemm*), in dem ausser einem eingehenden allgemeinen Theile mit besonderer Berücksichtigung der damaligen Anschauungen über No-restraint, Beschäftigung und dergl. sich eine grosse Anzahl von Anstaltsbeschreibungen findet, aus den 60., 70. und 80er Jahren die Berichte von Pelman**), Ripping***), Wildermuth†) und Siemerling††), sowie endlich aus dem letzten Jahrzehnt von Koenig†††) und Kohlhaas*†). Die von Letzteren beiden kurz geschilderte damals neueste (1893 errichtete) Anstalt der Grafschaft London, Claybury, der seiner Zeit auch von ihrem Direktor Jones**†) eine Beschreibung gewidmet ist, zeigt zwar, da sie ebenso wie Hill End nach Plänen des Architekten George T. Hine erbaut ist, in ihren Grundzügen denselben Typus wie die letztgenannte. Immerhin erscheint mir, da die englische Beschreibung den deutschen Psychiatern nicht allgemein zugänglich sein dürfte, die kurze Schilderung in den deutschen Berichten ohne Beigabe eines Grundrisses, die Besonderheiten der Anlage und Bauart nicht recht hervortreten lässt, eine eingehendere Darstellung

*) Schlemm, Britisches Irrenwesen, 1848.

**) Pelman, Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. ger. Med., Bd. 31.

***) Ripping, Allgem. Zeitschr. f. Psych. u ger. Med., Bd. 27.

†) Wildermuth, Allgemeine Zeitschrift für Psych. u. ger. Med., Bd. 40.

††) Siemerling, Archiv für Psychiatrie, Bd. XVII.

†††) Koenig, Allgemeine Zschr. f. Psych. u. gerichtl. Med., Bd. 52.

*†) Kohlhaas, Allgemeine Zschr. f. Psych. u. gerichtl. Med., Bd. 55.

**†) Jones, Journ. of. ment. science, Bd. 43. Trotz mannigfachen Bemühungen ist es auch mir weder in Leipzig noch auswärts möglich gewesen, dieselbe zu erhalten.

des von Hine ausgebildeten Anstaltstypus nicht ohne Interesse.

Ich besuchte Hill End am 31. Januar 1900 in Begleitung des Herrn O. Lindemann, Londoner Vertreters der Firma Gebrüder Körting-Hannover, dessen liebenswürdiger Vermittelung ich auch neben mancher sonstigen Auskunft die Einsicht der Pläne verschiedener anderer ebenfalls von dem Erbauer Claybury's, Herrn G. T. Hine, entworfener Anstalten verdanke, unter Führung des Direktors Herrn Dr. Boycott, dem ich gleichfalls für die entgegenkommende Aufnahme zu danken nicht unterlassen möchte.

Die Anstalt wurde, wie eine Anzahl anderer, im letzten Jahrzehnt erbaut, um der durch die Lunacy Act von 1890/91 erneut den Grafschaften auferlegten Verpflichtung zur Unterbringung unbemittelter Geisteskranken in eigenen Anstalten zu genügen. Sie ist deshalb, wie auch die übrigen dieser Art nur für eine Verpflegungsklasse bestimmt und bietet nach Fertigstellung noch projectirter Erweiterungsbauten Raum zur Aufnahme von 800 (320 männlichen, 480 weiblichen) Kranken. Von den nach gleichem Typus gebauten Anstalten, deren Pläne ich weiterhin einsehen konnte, ist das East Sussex-Asylum für 840 (resp. 1100), das erst in diesem Jahre fertig zu stellende Kesteven Connty Asylum für 420 (resp. 600) Kranke berechnet, alle somit im Vergleich zu den gewaltigen Londoner Anstalten mit je 2000—2500 Plätzen klein zu nennen.

Das Hill End Asylum liegt etwa 1 Bahnstunde nördlich von London in der Nähe der Stadt St. Albans in freundlicher, flach hügeliger Gegend. Einige Minuten entfernt befindet sich die Eisenbahnstation gleichen Namens, mit der die Anstalt durch ein Geleis verbunden ist.

Nördlich vor der Anstalt erhebt sich die Kirche, ein schmucker, einfach, aber würdig ausgestatteter Bau mit einem Dachreiter, der die Glocke enthält. Westlich von der Anstalt liegen die Wohnhäuser für den leitenden Arzt, den Techniker und den Material-Verwalter, zu denen in nächster Zeit ein Isolirhospital und landwirthschaftliche Gebäude kommen soll-

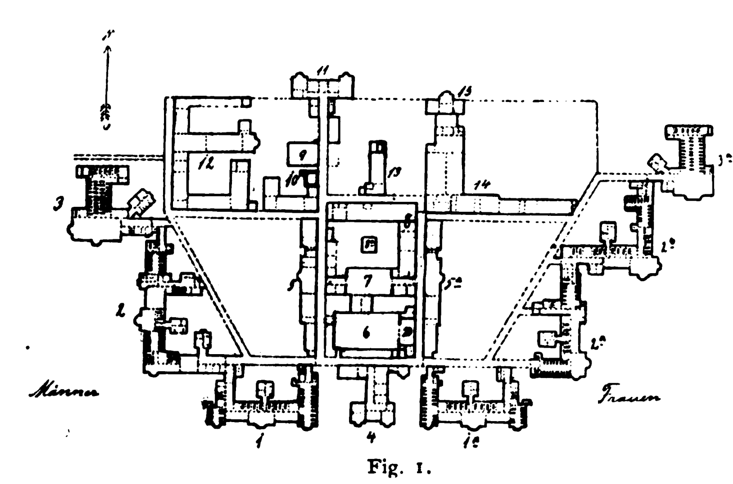


Fig. 1.

Zeichenerklärung.

Fig. 1—3: 1. Abth. f. sick and infirm cases. 2. Abth. f. recent and acute cases. 3. Abth. f. epileptic and chronic cases. 4. Ass.-med.-officers Block. 5. Attendants and Nurses Block. 6. Recreation-Hall. 7. Küche. 8. Magazine. 9. Kesselhaus. 10. Maschinenhaus. 11. Verwaltungsgebäude. 12. Werkstätten. 13. Bücherei. 14. Waschhaus. 15. Leichenhalle.

Fig. 1: —— Aussenwände. .... Innen- und Corridorwände. ▌ Bett in Schlafsälen und Einzelzimmern. 8a Fleischhalle. 6B Bühne.

Fig. 3: A, Aa Abth. f. rocking patients. B, Ba Bäder.

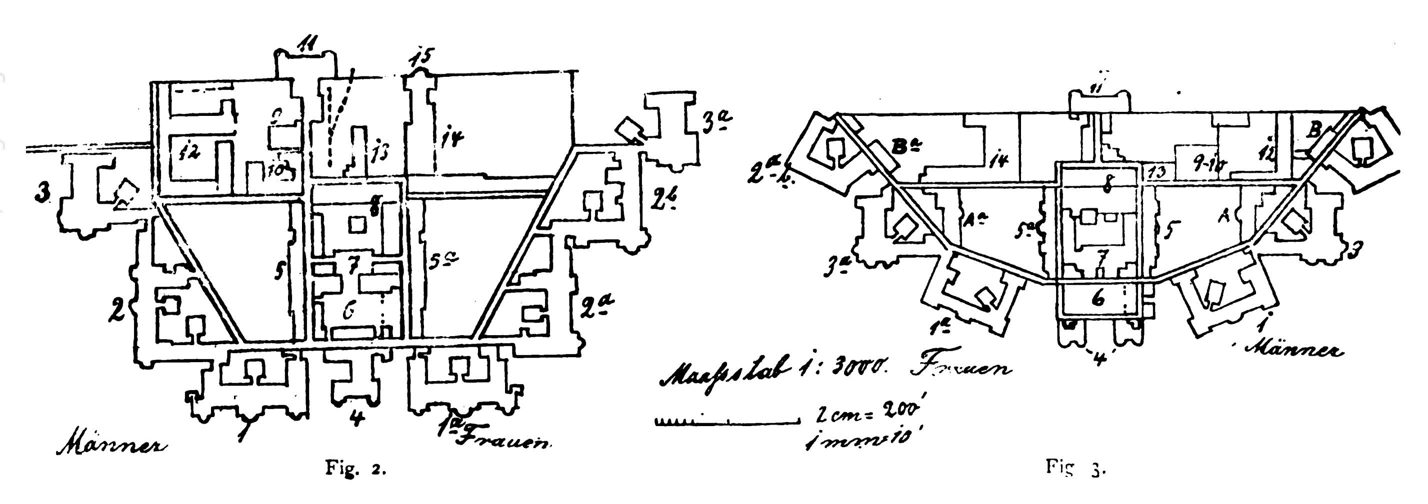


Fig. 2.

Fig. 3.

ten. Für später ist noch die Erbauung weiterer Blocks für 64 männliche und für 172 weibliche ruhige chronische Kranke geplant.

Die eigentliche Anstalt selbst war z. Z. meines Besuchs erst mit 150 männlichen, wesentlich ruhigen chronischen Kranken belegt, doch waren auch die übrigen Abtheilungen nahezu fertig gestellt, nur die Wirthschafts- und Verwaltungsräume noch weiter zurück und zum Theil durch provisorische Bauten ersetzt. Wie aus dem anliegenden Plan ersichtlich, gruppiren sich die Krankenräume (1 — 3) in Gestalt von 3 westlichen Blocks für Männer und 4 östlichen für Frauen längs der 2 convergirenden und der kleinen parallelen Seite eines Corridorsystems in Form eines Antiparallelogramms, das man sich durch Abstumpfen der nach Süden gerichteten Spitze aus einem gleichseitigen Dreieck entstanden denken kann. In der Mitte des von diesen Corridoren umschlossenen Raumes liegen die Wirthschaftsgebäude: Festsaal (6), Küche (7), Lagerräume (8) und von denselben jederseits durch einen Corridor getrennt, die Wohnungen des Wartepersonals (5); den Grundlinien vorgelagert etwas nach Westen gerückt Kessel- (9) und Maschinenhaus (10) mit Wasserthurm und das Verwaltungsgebäude (11); weiter westlich von diesen Werkstättenhaus (12), östlich Bäckerei (13), Waschhaus (14) und Leichenhalle (15). Südlich an der schmalen Seite zwischen den am weitesten vorspringenden Krankenblocks liegen (4) die Wohnungen der Hilfsärzte, Apotheke etc.

In den Blocks für die Kranken, die sämmtlich 2-geschossig in Backsteinbau mit gefällig gegliederten Façaden aufgeführt sind, entspricht die Raumanordnung in beiden Stockwerken einander durchweg*).

Die beiden südlichsten Pavillons (1 und 1a) sind für Männer und Frauen gleich angelegt; jedes Stockwerk ist zur Aufnahme von 40 körperlich leidenden oder gebrechlichen Kranken (sick und infirm) bestimmt und enthält neben 2 Schlafsälen für je 10 resp. 20 Betten, 10 Einzelzimmer, einen in 3 Abtheilungen gegliederten Tagesraum, Wärterzimmer und die nöthigen Nebenräume. — Der auf der östlichen Seite sich anschliessende Block (2a) ist im Parterre für 40 gebrechliche Frauen, (infirm), im Obergeschoss zur Unterbringung der neu aufgenommenen Fälle (recent cases) bestimmt; er enthält je 2 Schlafsäle mit 19 resp. 12 Betten, je 10 Einzelzimmer, 2 Tagesräume (nach Süden und Osten gelegen) und die Nebenräume.

*) Dagegen sind im Hause für die working patients im Kestevenen cy. as. (Fig. 3 A und Aa) parterre Tages-, im 1. Stock nur Schlafräume.

Es folgt auf dieser Seite ein Block (2b) für die — acute cases — eine Bezeichnung, die sich mit dem deutschen Begriff der acut = frisch erkrankten Fälle nicht ganz deckt, sondern zugleich dem der halb- oder unruhigen Abtheilung entspricht. Er enthält in jedem Geschoss einen Schlafsaal mit 25 Betten neben 13 Einzelzimmern, 2 Tagesräumen (nach Süden gelegen) und den sonstigen Räumlichkeiten.

Den 2 letztgenannten Gebäuden entspricht auf der westlichen Männerseite ein grösserer Block (2), der in jedem Geschoss 2 weniger streng getrennte Abtheilungen für je 20 Kranke enthält; von diesen 4 Abtheilungen ist eine parterre gelegene für die recent, 3 für acute cases bestimmt. In jeder Abtheilung sind 1 Schlafsaal für 13 resp. 14 Betten, 7 resp. 6 Einzelzimmer, 2 kleinere (nach Süden und Westen gelegene) Tagesräume und Zubehör vorgesehen.

Am weitesten nach Norden gelegen schliessen sich beiderseits die Blocks für Epileptiker (3 und 3a) an. Von denselben ist der westliche parterre zur Aufnahme von 48 Epileptikern bestimmt, über denen im Obergeschoss ebenso viele ruhige Kranke (chronic cases) Platz finden, während in den östlichen von jeder Kategorie 36 Frauen untergebracht werden können. Die Eintheilung ist in beiden die gleiche; neben je einen grossen Schlafsaal für 40 resp. 30 Kranke sind 8 resp. 6 Einzelzimmer und je 1 grosser nach Süden gelegener Tagesraum und Nebenräumlichkeiten vorhanden.

Es ergiebt sich als Summa der verfügbaren Plätze

für	Männer	Frauen
sick und infirm cases	80	120*)
recent „	20	40*)
acute „	60	76
epileptic „	48	36
chronic „	48	36
zu denen nach Erbauung der getrennten Blocks noch chronic cases kommen	64	172
=	320.	480.

Durchaus zweckmässig ist im Allgemeinen die Disposition der verschiedenen Räumlichkeiten: Die Tagesräume überall sonnig mit dem Blick in den Garten und darüber hinaus in's Freie; die Schlafsäle durchweg so angelegt, dass die beiden Längsseiten durch Aussenwände gebildet werden und so durch Oeffnen der gegenüberliegenden Fenster ausgiebige Lüftung bewirkt werden kann; die Einzelzimmer nach der Bestimmung der einzelnen Blocks verschieden gruppirt. Theils liegen sie an der Schmalseite der Schlafsäle

*) je 1 Platz mehr vorhanden.



und an kurzen Corridoren, theils an der dem Innenhof zugekehrten Seite der Tagesräume; zum Theil in grösseren Reihen neben einander, zum Theil mehr zerstreut, um gegenseitige Störung auszuschliessen, wie besonders in dem männlichen acute cases Block.

Die Krankenräume sind gleichmässig 12′ = 3,66 m hoch. Die Grösse der auf das Bett entfallenden Bodenfläche und des Luftcubus schwankt in den Schlafsälen zwischen 4,66 qm (= etwas über 17 cbm) bei den Epileptikern und chronisch Erkrankten und 5,8 qm (= 21—21,5 cbm) bei den sick und infirm, während er im Uebrigen 5—5,5 qm (= 18—20 cbm) beträgt, Werthe, die hinter den hygienischen Anforderungen, wie wir sie in Deutschland zu stellen und in den neueren Anstalten auch erfüllt zu sehen gewohnt sind, durchweg zurückbleiben.

Dem entspricht die Grösse der Einzelräume, welche in Uebereinstimmung mit der gesetzlichen Vorschrift durchweg 60 Quadratfuss = 5,4 qm Grundfläche resp. 20 cbm Luftraum haben. Auch diejenigen in den Blocks für sick und infirm cases erreichen mit ihrer durchschnittlichen Grösse von 10 Fuss, 7 Fuss = 6,3 qm (23,1 cbm) nicht die bei uns üblichen Sätze.

Ebenso klein erscheinen zunächst auch die Abmessungen der Tagesräume, in denen auf den Kopf der zur Abtheilung gehörigen Kranken nur 3—4,2 qm entfallen. Dieses Verhältniss gestaltet sich in praxi allerdings wesentlich günstiger. Einmal bietet die günstige Lage der Einzelzimmer unmittelbar neben den Tagesräumen jederzeit Gelegenheit zur Separirung ruhestörender oder besonders ruhebedürftiger Elemente, zu denen noch die etwa bettlägerigen Kranken hinzukommen. Ist hierdurch schon die Anzahl der auf die Tagesräume angewiesenen Kranken wesentlich verringert, so ist andrerseits auch noch die grössere Gewöhnung und Vorliebe des Engländers für ausgiebigen Aufenthalt im Freien, die günstigen klimatischen Verhältnisse, die denselben auch im Winter in höherem Maasse als bei uns gestatten, die reiche Gelegenheit zur Beschäftigung und dergl. mehr in Betracht zu ziehen.

Die Ausstattung der Räume ist den socialen Verhältnissen entsprechend eine einfache, doch ist besonders in den Tagesräumen durch etwa 1 ½ m hohe Holztäfelung, Aufstellung von Blattgewächsen, eine kleine Bibliothek, Bilder und Spiegel, durch gefällige Form des Mobiliars etc. für eine Behaglichkeit gesorgt, wie sie sich in Deutschland höchstens in einzelnen Pavillons für ruhige arbeitende Kranke wiederfindet. In nicht geringem Maasse tragen hierzu die in England allgemein üblichen Kamine bei. Wenn auch der Werth derselben für die Erwärmung der Räume ein recht geringer ist, so sind sie doch für die Ventilation von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Vor allem aber lässt die decorative Wirkung die Kamine als eine nachahmungswerthe Einrichtung erscheinen zum Ersatz unschöner Luftschachtöffnungen in grösseren Räumen, wie Speisezimmer, Festsäle und dergl., wo die Gefahr absichtlicher oder zufälliger Verletzungen von Kranken ausgeschlossen ist und deswegen besondere Schutzvorrichtungen entbehrlich sind.

Die Krankengebäude sind nicht unterkellert: unter den Fussböden befindet sich jedoch durchweg ein Raum von ca. 60 cm Höhe, der der Luft freie Circulation gewährt. Die Fussböden sind mit Pitch-Pine-Bohlen belegt, die gebohnert werden; in den Corridoren, Bade- und Closeträumen sind Cementböden. Die Wände sind glatt, mit Lein-, zum Theil bis zu Manneshöhe mit Oel-Farbe gestrichen. Die Fenster sind, wie in England allgemein üblich, 2 theilige Schiebefenster, deren Oeffnung in den acute Abtheilungen durch Hemmvorrichtungen auf ca. 5 Fuss oben und unten beschränkt ist. Zu denselben ist zum Theil starkes, meist gewöhnliches klares Glas verwandt. Der Verschluss geschieht meistens mit besonderem Dornschlüssel. In den Einzelräumen befinden sich mit den Fensternischen bündig schliessende Holzläden, die durch Dornverschluss gesichert, die Umwandlung der single rooms in eine feste Zelle jederzeit gestatten. Da die Läden nur etwa ¾ des Fensters verdecken, das oberste ¼ aber freilassen, so erhält der Raum auch dann noch eine nothdürftig ausreichende Belichtung und Lüftungsmöglichkeit.

Daneben finden sich auf beiden Seiten, für besonders unbesinnliche und zu Selbstbeschädigung neigende Kranke, noch einige mit Gummipolstern ausgekleidete Zellen (Padded rooms), die in England im Gegensatz zu unsern Anschauungen allgemein für unentbehrlich gehalten werden.

Die Heizung*), durch die eine gleichmässige Erwärmung aller Räume um 15° C. bewirkt wird, ist eine Niederdruck-Dampfheizung. In 5 über die Anstalt vertheilten Heizkammern wird die Spannung des Dampfes von 5 ⅓ auf 0,2 Atmosphären reducirt und derselbe unter diesem Druck dann den Rippenheizkörpern zugeführt. Letztere sind durchweg in den Aussenwänden angeordnet: durch regulirbare Klappen wird von draussen frische Luft an ihnen vorbeige-

*) Anm.: Wie in einer Reihe anderer Anstalten sind auch in Hill End die Heizungs-, Warmwasser- etc. Anlagen von einer deutschen Firma (Gebr. Körting, Körtingsdorf b. Hannover) geliefert worden.



führt und gelangt so vorgewärmt ins Zimmer. Die Abführung der Luft erfolgt im Allgemeinen durch die offenen Kamine, doch sind zum Theil auch besondere Abzugskanäle vorgesehen. Die Ventilation ist bis zu 150, in den Blocks für sick und infirm bis zu 200 cbm pro Kopf und Stunde, also gewiss ausreichend veranlagt. Doch kann ich nicht unerwähnt lassen, dass daneben noch, wohl mehr aus alter Gewohnheit als einem Bedürfniss folgend, vielfach noch die Fenster geöffnet waren, was ja bei dem milderen Klima Englands nicht so viel ausmachen mag, wie bei uns, immerhin aber eine beträchtliche Erschwerung der Erwärmung der Räume bedeutet, zumal die geforderte und veranschlagte Leistungsfähigkeit der ganzen Anlage wohl für gewöhnlich durchaus genügt, aber bei ungünstigen Witterungsverhältnissen recht knapp bemessen ist. — Die Heizkörper sind mit durchbrochenen Eisenplatten verkleidet und springen nicht ins Innere der Räume vor.

Die Erleuchtung ist durchweg elektrisch von einer neben dem Kesselhause liegenden Centrale mit 3 Dynamomaschinen von je 40 Pferdekräften.

Die Wasserversorgung geschieht durch 2 Pumpen, die je 25000 l stündlich fördern können; das Wasser muss indessen vor dem Gebrauch, da es aus der Kalkschicht stammt und deshalb sehr hart ist, erst weich gemacht werden. Warmes Wasser wird allen Abtheilungen durch Vermittelung von 2 Bassins zugeführt, in denen durch in kupfernen Schlangen circulirenden Dampf das durch den Abdampf der elektrischen Maschinen vorgewärmte Wasser auf 80° C. erwärmt wird. Eine automatische Vorrichtung verhindert weiteren Dampfzutritt, sobald dieser Wärmegrad erreicht ist, und verhindert so ein Ueberkochen. Die Leistungsfähigkeit der Anlage, bei der die grossen Entfernungen der einzelnen Blocks von den Bassins mancherlei Schwierigkeiten boten, beträgt 120 l Wasser von 80° C. pro Tag und Kopf.

Die Bäder (durchschnittlich 2 für jede Abtheilung)*) und Waschräume liegen mit den Wasserclosets zusammen in kleinen, nach dem Hof zu gelegenen durch einen kurzen Corridor verbundenen Anbauten; Closets sind ausserdem nach Bedürfniss über die Anstalt vertheilt und sind besonders bei den Abtheilungen für bettlägerige Kranke auch neben den Schlafsälen vorgesehen.

Die Betten bestehen aus Gasrohrgestellen mit horizontal angeordneten Federmatratzen und verstellbarem Kopftheil; abweichend von deutschen Einrichtungen ist das Fehlen der Fusslehnen nnd -bretter. Die Betten stehen in den Sälen längs der Fensterwände, nur in den Epilektikerblocks in 3, auf der Männerseite sogar in 4 Reihen mit entsprechenden Zwischenräumen (s. Fig. 1).

Besondere Einrichtungen zur Behandlung und Verpflegung unreinlicher Kranker sind mir nicht aufgefallen.

Zur Sicherung gegen Feuersgefahr sind auf allen Abtheilungen Hydranten, die aus einem besonderen 100 cbm fassenden Reservoir unter einem Druck bis zu 30 m Höhe gespeist werden, mit den nöthigen Vorrichtungen vorhanden. Die Decken zwischen den einzelnen Stockwerken sind feuerfest, alle Treppen von Stein.

Aus allen Abtheilungen führen Thüren direct in die die Anstalt im Süden, Osten und Westen umgebenden, mit einem gefälligen Gitter eingefriedigten Gärten, zum Theil für die beiden Stockwerke getrennte Ausgänge.

Die Corridore, welche ausser bequemer Verbindung aller Abtheilungen unter einander und mit den Wohnungen und Diensträumen der Aerzte und des Personals auch solche mit der Küche, Waschanstalt und sonstigen Verwaltungsräumen herstellen, sind 1stöckig, beiderseits geschlossen, jedoch gut, wo nöthig, durch Oberlicht beleuchtet und 2,5—3 m breit. Unter denselben verlaufen in einem bekriechbaren Gewölbe die verschiedenen Röhrensysteme für Heizung und Wasserversorgung. Besondere Heizungsanlagen für dieselben bestehen nicht, ausser dass die Warmwasserleitungen durch sie verlaufen.

Von den Wirthschaftsgebäuden nimmt die Kochküche (7) die Mitte des von dem oben geschilderten Corridorsystem gebildeten inneren Rechtecks ein. Die Versorgung derselben mit Dampf von reducirter Spannung geschieht direct vom Kesselhause aus. Die Einrichtung unterscheidet sich nicht von der gewöhnlichen.

Um den nördlich vorgelegenen Küchenhof, in dessen Mitte sich die Fleischhalle (8a) befindet, gruppiren sich die verschiedenen Nebenräume; darunter an der Nordseite das geräumige und luftige unterkellerte Lagerhaus des Materialien-Verwalters (8) mit dem Bureau desselben und der durch den Quercorridor getrennten Bäckerei (13). Südlich von der Küche, mit derselben durch einen kleinen Zwischenbau zusammenhängend, liegt die von schmalen Hofräumen umgebene Recreations-Hall (Festsaal), 80:40 Fuss (= etwa 24:12 m) gross, mit geräumiger Bühne und Zubehör, mit den umgebenden Corridoren durch kurze Gänge verbunden.

*) In der neuesten Anstalt, dem Kesteven County Asylum ist ausser denselben noch je 1 besonderes Badehaus mit 4 Wannen projectirt. (Fig. 3 B und Ba.)



Die Aussenseite der dies Rechteck rechts und links, östlich und westlich einschliessenden 2 Corridore nehmen 2 langgestreckte Bauten ein, die in ihrem Erdgeschoss die Besuchs-, Speise- und Wohnräume des Wärterpersonals (5) enthalten, während sich darüber die Schlafräume für dasselbe befinden.

Nach der Nordseite zu vorgelagert sind dann in der Mitte Kessel- und Maschinenhaus (9 u. 10) mit Wasserthurm und Kohlenräumen, sowie das Verwaltungsgebäude (11), das in bequemer Anordnung die Verwaltungsbureaux, Sitzungssaal des Comités, Sprechzimmer des Directors und der Aerzte, Telephon etc. enthält.

An den vom Nordende des Wirthschaftsblocks zu den Abtheilungen führenden Corridoren liegen endlich möglichst nahe den die Arbeitskräfte liefernden Krankenpavillons die Waschküche (14) und das Werkstättenhaus (15).

Erstere, die ebenfalls in besonderer Leitung direkt vom Kesselhause mit Dampf versorgt wird, zerfällt in die geräumige allgemeine, die anstossende, nur für die Beamten reservirte, kleinere und die ganz abgeschlossene mit besonderen Ablieferungsräumen versehene Waschküche für beschmutzte (foul) Wäsche. Jede dieser Abtheilungen gliedert sich wiederum in den eigentlichen Waschraum, der neben Handwäscherei auch alle Einrichtungen zum maschinellen Betrieb aufweist, Trockenraum mit ausziehbaren Kästen für Heisslufttrocknen, und Plättraum. Daran schliessen sich längs des Corridors die Räume für das in der Waschküche beschäftigte Personal und die Nähstube.

Das Werkstättenhaus enthält im südlichen Querbau mit Flügeln die Räume für Tapezirer, Schneider und Schuster, im nördlichen diejenigen für Tischler, Maler und Glaser, sowie die dazu gehörigen Magazin-, Ess- und sonstigen Nebenräume.

Die Ausdehnung der Anstalt ohne Gärten beträgt in der Länge von Osten nach Westen ca. 270, von Norden nach Süden ca. 150 m. Das gesammte zur Anstalt gehörige Areal ist 184 Acres = 74 ha. gross.

Die Verpflegungskosten sind zu 10/4 pro Kopf und Woche (= 540 M. jährlich) veranschlagt, somit noch etwas höher als in den Londoner Anstalten (9/9 im Jahre 1895/96).

Von den vorstehend geschilderten Einrichtungen der Anstalt finden nun manche, von den bei uns üblichen abweichende, ihre Erklärung oder stehen in Wechselbeziehung zu gewissen Besonderheiten des ärztlichen und allgemeinen Dienstes und der üblichen Krankenbehandlung. Es erscheint deswegen angezeigt, einige kurze Betrachtungen in dieser Hinsicht anzustellen.

Die Thätigkeit des Directors ist innerhalb der durch den Etat einerseits, die allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen andererseits gezogenen Grenzen eine sehr selbstständige und verantwortliche: er hat in allem, was den Anstaltsbetrieb betrifft, die höchste Entscheidung zu treffen. Daraus resultirt eine weitgehende Inanspruchnahme seiner Zeit und Arbeitskraft für verwaltungstechnische Fragen, mit denen er sich bis ins Detail zu beschäftigen gezwungen ist.

Dies wird um so fühlbarer, als die Zahl der Aerzte eine weit geringere ist, als bei uns.

Wenn man bedenkt, dass an einer Anstalt von 564 (später sogar 800) Kranken ausser dem Director nur 2 Aerzte angestellt sind,*) so wird man kaum die Vermuthung von der Hand weisen können, dass darunter die Intensität der Behandlung des Einzelnen leiden muss. Es ist dies eine Klage, die sich schon in dem Reisebericht von Schlemm**) findet, der bei aller Anerkennung des damaligen englischen Irrenwesens und der Verdienste englischer Aerzte um die freiere Behandlung der Geisteskranken, nicht umhin kann, zu constatiren, dass „man in Grossbritannien bis jetzt in der Irrenbehandlung weniger individualisirt als bei uns.“

Darauf hinzudeuten scheint mir u. A. die geringe Ausdehnung, die der Bettbehandlung***) eingeräumt wird. Abgesehen von wegen körperlicher Hinfälligkeit bettlägerigen Kranken der Blocks für sick und infirm cases findet systematische Anwendung der Bettruhe nach den mir gewordenen Informationen nicht statt; die frischen Fälle werden einige, durchschnittlich etwa 2—4 Tage im Bett gehalten, bis die erste Beobachtung und Untersuchung abgeschlossen ist und dann in die anderen Abtheilungen eingereiht oder soweit sie in der recent-Abtheilung verbleiben, ausser Bett behandelt und so viel irgend möglich zum Aufenthalt im Freien angehalten. Ohne die Vorzüge dieses Systems zu verkennen, sei nur darauf hingewiesen, dass sich ja beide Behandlungsmethoden mit gutem Erfolg combiniren lassen, sei es, indem man die Kranken bei gutem Wetter je nach ihrem Kräfte- und sonstigen Zustand kürzere oder längere Zeit

*) Diese Zahl ist keineswegs eine besonders ungünstige Ausnahme, sondern entspricht durchaus dem üblichen Verhältniss; es kamen z. B. an den grossen Londoner Anstalten (1896) auf 2000—2400 Kranke incl. Director 5—6, nur in Claybury 7 Aerzte.

**) l. c.

***) vgl. auch Koenig, l. c. p. 235. Ebenso fehlt es auch an einer Ueberwachungsabtheilung im engeren Sinne; für nächtliche Ueberwachung ist auf der Epileptiker-, wie in je einer sick and inform Abtheilung gesorgt, sowie für die übrigen Abtheilungen durch eine Patrouillenwache.



spazieren gehen oder im Freien sitzen lässt, sei es, dass man durch bequem gelegene Veranden in den Stand gesetzt ist, die Kranken in ihren Betten ins Freie zu bringen, wie dies in vielen neueren Anstalten der Fall ist.

Auch eine sonstige systematische Behandlung wird nach meinen Informationen nur selten durchgeführt, am ehesten noch einzelne hydropathische Proceduren.

Hoch entwickelt ist seit lange die Beschäftigung der geeigneten Kranken in der Landwirthschaft und den Werkstätten, deren Ausdehnung in den verschiedenen Anstalten in den vierziger Jahren zwischen 50—88 % aller Verpflegten schwankte und auch nach dem Bericht über die Londoner Anstalten vom Jahre 1896 zwischen 34 und 66 1/3 % derselben betrug, und die auch heute noch als Heil- und Ablenkungsmittel gleich hoch geschätzt wird.

Was die den einzelnen Kranken gewährte persönliche Freiheit betrifft, so ist ja in der ganzen Anlage und Ausstattung Alles vermieden, was auf den besonderen Character der Anstalt in unangenehmer Weise hindeuten würde. Es ist auch durch gesetzliche Bestimmungen die Anwendung mechanischer Beschränkungen mit Strafe bedroht und bestimmt, dass jede Isolirung, sobald dabei die Thür des Zimmers geschlossen wird, nur auf ärztliche Anordnung geschehen darf und mit Motivirung in ein besonderes Buch eingetragen werden muss.

In der That finden denn die single rooms nach den mir gegebenen Auskünften als Isolirzellen bei Tage nur verhältnissmässig wenig Anwendung: sie dienen eher zur Separation unsocialer, mehr noch zur Behandlung vorübergehend bettlägeriger Kranken, besonders soweit sie neben den Tagesräumen gelegen sind, sind aber im Wesentlichen als Einzelschlafräume anzusehen. Dagegen kann von einer grundsätzlichen Durchführung des open-door-Systems, wie zum Theil in Schottland, keine Rede sein; ich glaube vielmehr, dass im Allgemeinen die dem Einzelnen gewährte Freiheit ohne besondere gesetzliche Bestimmungen in Deutschland eher grösser als geringer ist wie in England.

Die geradezu opulente Ausstattung der Anstalt mit Einzelzimmern (150 : 414 Betten in den Schlafsälen) dürfte in deutschen Anstalten*) in dieser Weise nirgends zu finden sein. Sie ist jedenfalls ein glänzendes Zeugniss für das Bestreben, durch die Beseitigung störender und den Schutz besonders empfindlicher Elemente die Ruhe und den Frieden des ganzen Hauses möglichst zu sichern. Ob dieser Aufwand aber, wenn man von den Abtheilungen der acute cases und Epileptiker absieht, geboten und es nicht zweckmässiger gewesen wäre, anstatt je eines grossen Saals und einer Anzahl von single rooms eine Reihe kleinere gemeinschaftliche Schlafräume von verschiedener Grösse, und wenige Einzelzimmer einzurichten, erscheint mir doch sehr erwägenswerth. Ich kann mir wenigstens, auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass, soweit ich Einblick gewonnen und anderweit bestätigt gefunden habe, überall eine recht wohlthuende verhältnissmässige Ruhe herrschte, nicht denken, dass in einem Saale von der Grösse des weiblichen acute cases Schlafraums mit 25 oder gar der Epileptiker mit 30 resp. 40 Betten häufig Nächte ohne grössere Störung der Ruhe vorkommen dürften.

Zu loben ist die Fürsorge für das Wartepersonal, dem entsprechend der höheren socialen Schätzung dieses Standes für ihre dienstfreie Zeit Wohn-, Speise- und Schlafräume zur Verfügung stehen, mit denen die dürftigen Einrichtungen dieser Art in deutschen Anstalten gar nicht verglichen werden können. Etwas anderes ist es damit, dass auch auf den Abtheilungen durchweg besondere Zimmer für das diensthuende Personal vorhanden sind; eine Einrichtung, die nur bei wenigen deutschen Anstaltsleitern vollen Beifall finden dürfte.

Ueber den Werth der geschlossenen Corridore sind die Ansichten auch heute noch diametral entgegengesetzt: „wo sie vorhanden sind, gelten sie für unentbehrlich, wo nicht, für entbehrlich und wegen der Kosten und sonstigen Nachtheile für überflüssig, ja verwerflich.“ Im gegebenen Falle ist wohl zuzugeben, dass infolge ihrer Gesammtanordnung, ihrer geringen Höhe, bei reichlichem Zutritt von Licht und Luft, einerseits die Nachtheile, Beeinträchtigung der Luftcirculation und des Austrocknens der eingeschlossenen Flächen möglichst verringert, andererseits die Vortheile der leichten, bequemen und geschützten Verbindung der einzelnen Abtheilungen der Anstalt in hohem Masse erreicht sind.

Ueberhaupt wird man, wenn man die Rücksicht auf möglichste Erleichterung und Vereinfachung des ganzen Betriebes, wie sie durch die geringe Zahl der Aerzte und des Personals geboten sind, voranstellt, meines Erachtens zugeben müssen, dass die ganze Anlage, von den einzelnen oben erwähnten Punkten abgesehen, eine äusserst zweckmässige ist.

Sie bietet durch die eigenartige (treppenähnliche) Anordnung der Blocks in Form einer gebrochenen Linie längs den Corridoren, trotz der räumlichen Beschränkung — die grösste Entfernung vom Hause der Aerzte zu den Krankenabtheilungen beträgt 170 m,

*) Kreuser (Allgem. Zeitschr. für Psych., Bd. 50) fordert 10 % der Bettenzahl.



von der Küche dahin noch weniger — den Vortheil, dass jede Abtheilung direkt vom Corridor aus rasch erreichbar und doch von den anderen vollkommen abgeschlossen ist, jede Abtheilung unmittelbar an den zugehörigen Garten stösst, infolge der so gewonnenen grossen Längenausdehnung der Anlage die Krankenräume bei ihrer geringen Tiefe durchweg hell und luftig, kein Raum ohne direktes Licht, alle Räume leicht lüftbar sind. Nur eine Anzahl von Einzelzimmern sind nach Norden gelegen und entbehren der Sonne, stossen aber dafür an nach Süden gelegene Tagesräume, bieten somit ebenfalls befriedigende hygienische Verhältnisse. Ebenso sind auch die Wirthschafts-, Arbeits- und Verwaltungsräume von obigem Gesichtspunkt aus äusserst geschickt disponirt, überall das Zusammengehörige nahe und bequem erreichbar.

Andererseits lässt sich aber nicht verhehlen, dass die Ineinanderschachtelung des ganzen Gebäudecomplexes doch auch mancherlei Bedenken erwecken muss.

Ob die Anlage in Bezug auf die Ventilation zwischen den Gebäuden zu besonderen Missständen führen wird, möchte ich, besonders was die Krankenabtheilungen betrifft, dahingestellt sein lassen. Denn wenn auch durch die unmittelbare Aneinanderreihung der Blocks ohne Unterbrechung*) dem Zutritt des Windes von Süden, Osten und Westen zu den Innenhöfen ein Hinderniss entgegengesetzt wird, so ist andererseits die Ausdehnung der Binnenhöfe (Breite ca. 50, Länge 75 m, von den eingeschossigen Corridoren abgesehen) im Verhältniss zu den Gebäuden (2 Stockwerk = höchstens 15 m) eine solche, dass der Zutritt von Licht und Luft ausreichend sein dürfte. Die Corridore glaube ich bei ihrer geringen Höhe in dieser Hinsicht nahezu ausser Acht lassen zu dürfen. Anders steht es freilich um die durch die reiche Gliederung der Gebäude, insbesondere auch die Bad- und Closet- etc. Anbauten, entstehenden vielen Ecken und Winkel, in denen mangelnde Ventilation und Entstehung von Zugluft wohl auch durch die Corridore begünstigt werden dürfte. Besonders bedenklich erscheint mir aber die Lage der eigentlichen Wirthschaftsgebäude, speciell der Küche und des Festsaals, die von den benachbarten Gebäuden zum Theil nur durch wenige m breite Höfe und Corridore getrennt sind. Ein auf persönliche Erfahrung beruhendes Urtheil über diesbezügliche Uebelstände kann ich indessen nicht abgeben, da beide zur Zeit meines Besuchs noch nicht in Betrieb genommen waren.

Ein anderer Nachtheil ist nach den von mir gewonnenen Eindrücken die durch die Complicirtheit der ganzen Anlage bedingte Unübersichtlichkeit derselben.

Während in Deutschland trotz aller Decentralisation hierauf sowohl innerhalb der einzelnen Abtheilungen wie in der Gruppirung der Gebäude grosser Werth gelegt wird, giebt es weder in den einzelnen Blocks einen Punkt, von dem aus der Wärter den grösseren Theil der Räume und Gärten zu übersehen vermöchte, noch ist dies in entsprechender Weise bezüglich der Gesammtanlage möglich. Wohl kann man von einigen Punkten aus 2 Corridore und damit den Verkehr von und nach den daran liegenden Abtheilungen überblicken, aber die Abtheilungen selbst und die nach dem Garten liegenden, hauptsächlich zum Aufenthalt dienenden Räume, Gärten etc. sind dann dem Blick vollständig entzogen. Oder aber man übersieht vom Felde aus wohl einen grossen Theil der Krankenabtheilungen, aber ist jedes Einblicks in die Anstalt selbst beraubt. Jedenfalls fehlt ein derartig günstiger Ort, von dem jederzeit, auch ausser des eigentlichen Dienstes durch einen flüchtigen Blick eine gewisse Controlle seitens des leitenden und der beigeordneten Aerzte ausgeübt werden kann, wie dies in den neueren deutschen Anstalten vielfach durch die übersichtliche Gruppirung der einzelnen isolirt stehenden Blocks neben einer grösseren freien Mittelaxe und durch die Vertheilung der Aerztewohnungen über das Anstaltsgebiet ermöglicht wird. Eine Consequenz dieser Einrichtung ist allerdings ja die, dass der Arzt in seiner freien Zeit gewissermassen der Anstalt gehört.

Gewicht ist ferner zu legen auf diejenigen Mängel der Anlage im Vergleich zu den modernen deutschen Anstalten, die unmittelbar die Behaglichkeit und das Wohlbefinden der Kranken berühren.

Während hier das Bestreben herrscht, die einzelnen Pavillons und besonders diejenigen der unruhigen Kranken, möglichst weit von einander entfernt und isolirt zu legen, muss dort die Nähe der angrenzenden Blocks wohl nothwendig zu gegenseitiger Beeinträchtigung ihrer Insassen führen. Denn wenn auch

*) Der mir vorliegende Grundriss des, erst 1901 fertigzustellenden Kesteven County Asylum (Fig. 3) weist insofern eine bemerkenswerthe Abweichung von Hill End auf, als die ganze Anlage der Krankenabtheilung mehr auseinandergezogen, die Linie der zweigeschossigen Abtheilungen stellenweise unterbrochen und die Lücke nur durch die verbindenden Corridore ausgefüllt erscheint. Ausserdem ist auch die Tiefe der ganzen Anlage zu Gunsten der Längenausdehnung wesentlich verringert; an Stelle des von den Corridoren gebildeten Antiparallelogramms (Basis 165, Höhe 60 m) ist eine flach-polygonale Figur getreten, deren Basis (Sehne) 180, deren Höhe 45 m beträgt — vergl. Skizze, Fig. 2 und 3.

die Gärten noch so gross bemessen sind, ihre Anordnung neben einander an einer Seite der Gebäude (wenn man von den kleinen Innenhöfen absieht) bedingt allerlei Berührungen, seien es Reibungen, seien es Durchstechereien, sei es auch nur der Anblick der leidenden Genossen. Jedes laute Geräusch, Lärm Streit, Geschrei muss bei dem geringen Abstand der Blocks, zumal wenn auch die Fenster geöffnet, wenig oder gar nicht gedämpft von einer Abtheilung zur andern und dritten dringen.

Nicht zu verkennen ist endlich, dass die ganze Anlage im Gegensatz zu den neuen deutschen Anstalten doch in mancher Beziehung den Eindruck des Geschlossenen, Festungs- und Gefängnissmässigen macht und trotz des Mangels sonstiger auffälliger besonderer Einrichtungen und der Sorge für den Comfort und die Behaglichkeit der Wohnräume die Kranken an den Verlust ihrer Freiheit erinnern muss. Und besonders aus den letzten beiden Gründen möchte ich, da die Kosten, weil ja jeder Block bei der gewählten Anordnung doch wieder für sich ein Ganzes bildet, nicht wesentlich differiren können, bei aller Anerkennung der Vortheile des geschilderten Systems im Ganzen doch der deutschen colonialen Irrenanstalt (mit der üblichen offenen und zerstreuten Bauweise) den Vorzug geben.

Die Familienpflege in Merxhausen.

Von Direktor Dr. *Schedtler*.

Wenn auch der Nachweis einer allgemeinen Zunahme der Geisteskrankheiten bis jetzt nicht erbracht ist, im Gegentheil die in dieser Beziehung von Laien oft geäusserten Befürchtungen durch die Statistik direct widerlegt werden, so sehen wir doch, wie im Laufe bes. des letzten Dezenniums die Zahl derjenigen Geisteskranken, für welche von den Angehörigen oder den verpflichteten Armenverbänden Anstaltspflege in Anspruch genommen wird, eine rapide Zunahme erfahren hat. So sehr diese vermehrte Fürsorge im Interesse der Kranken selbst als Fortschritt zu begrüssen ist, so stellt doch der gesteigerte Zudrang zu den Anstalten die Provinzialverwaltungen, denen nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 die Bereitstellung der Plätze obliegt, vor ganz ausserordentliche und kaum zu bewältigende Aufgaben. Trotzdem im Bezirk Cassel nach dem Inkrafttreten des genannten Gesetzes die beiden Hospitäler Haina und Merxhausen alsbald erheblich vergrössert wurden, lezteres um über 100 Plätze, so sind beide Anstalten schon wieder an der Grenze ihrer Belegungsfähigkeit angelangt und noch immer überwiegen die Aufnahmen erheblich die Abgänge, noch immer ist nicht abzusehn, wann einmal der Beharrungszustand erreicht sein wird.

Unter diesen Umständen erschien es geboten, in Merxhausen einen Versuch zu machen, durch Unterbringung einer Anzahl von Kranken in Familienpflege die Anstalt zu entlasten. Gleichzeitig sollte dieser Versuch dazu dienen, an der Hand eigner Erfahrungen ein Urtheil darüber zu gewinnen, inwieweit diese als „freieste und natürlichste" Art der Behandlung gerühmte Verpflegungsform mit Vortheil für das psychische Wohl der Kranken selbst zur Anwendung kommen könne.

Die familiäre Verpflegung Geisteskranker entwickelt sich neuerdings in Deutschland in zwei Formen. Einmal versucht man im Anschluss an schon bestehende grössere Anstalten eine gewöhnlich beschränkte Anzahl von Kranken in der Umgebung in geeigneten Familien unterzubringen, die zweite Form ist die, welche jetzt die Provinz Sachsen nach den Vorschlägen von Alt einzuführen beabsichtigt und die darin besteht, dass man nach dem Beispiel von Gheel Kranke in grösserer Anzahl in geeigneter Gegend im Anschluss an eine nur kleine und als Durchgangsstation dienende Centrale bei Familien unterzubringen beabsichtigt. Beide Formen unterscheiden sich im Wesentlichen dadurch, dass bei der ersteren der Betrieb der Anstalt weiter als der wichtigste Theil, die Familienpflege nur gewissermassen als Anhängsel betrachtet wird, während bei der letzteren der erste Zweck der Einrichtung die Unterbringung der Kranken in Familien ist und die Centrale nur als nothwendiges Anhängsel erscheint.

Es ist ohne Weiteres klar, dass durch die letztere Form eine ganz erheblich grössere Zahl von Kranken in Familienpflege untergebracht werden kann und durch eine solche Einrichtung sofort eine ganz andere Entlastung herbeigeführt wird, wie durch die erstere. Aber es liegen in dieser Beziehung noch keinerlei Erfahrungen vor. Es sind vor allen Dingen in Deutschland, soweit mir bekannt ist, bis jetzt noch nirgends Kranke mit unsocialen Eigenschaften in Familien untergebracht worden, wie es bei dieser letzteren Form doch beabsichtigt wird. Man weiss



noch nicht, inwieweit die in Betracht kommenden Volksklassen sich auch zu Pflegern nicht völlig socialer Kranker erziehen lassen, ob die Unterbringung von solchen Kranken in Arbeiter-, Handwerker- und kleinbäuerlichen Familien auf die Dauer allen Anforderungen genügen wird, die wir an die Versorgung derselben zu stellen gewohnt sind. Auch die finanzielle Seite bedarf noch der Klärung. Kurz, man muss dem Versuch, den jetzt die Provinz Sachsen unternimmt, mit der grössten Spannung entgegen sehen, wird es aber anderseits den Verwaltungen nicht verdenken können, wenn sie sich dieser letzteren Form gegenüber zunächst abwartend verhalten, wenn sie diesen Sprung ins Dunkle nicht ohne Weiteres nachmachen, so verlockend auch die Aussicht, auf einmal für eine grosse Anzahl von Kranken mit wenig Mitteln ein Unterkommen zu finden, erscheinen mag.

Anders verhält es sich mit der ersten Form. Hier liegen schon Erfahrungen z. Th. ganz hervorragend günstiger Art vor und, wenn auch an einzelnen Anstalten die schon eingerichtete Familienpflege wieder eingegangen ist, so ist doch die Zahl derjenigen Anstalten grösser und in stetem Wachsen begriffen, wo diese Form mit Erfolg zur Anwendung kommt. Ein Risiko ist hierbei kaum vorhanden, da man ja die Kranken jederzeit wieder in die Anstalt zurücknehmen kann. Den übrigen Bedenken, die man gegen die Einrichtung einer Familienpflege im Anschluss an eine schon bestehende grössere Anstalt geltend gemacht hat: dass der Anstalt die besten Arbeitskräfte entzogen würden und der ganze Organismus durch Entziehung der ruhigen, vermittelnden Elemente ungünstig beeinflusst würde, konnte von vornherein bei einer ausschliesslich Kranke eines Geschlechts beherbergenden grossen Pflege-Anstalt (von 700 Betten) nur eine sehr untergeordnete Bedeutung beigelegt werden. Anderseits mussten gerade die besonderen Verhältnisse von Merxhausen als günstige für Einführung einer Familienpflege angesehen werden. Auf Grund dieser Erwägungen entschloss man sich auf Vorschlag des Referenten im Sommer 1899 zu einem Versuch in dieser Richtung. Das Unternehmen wurde wesentlich gefördert durch das lebhafte Interesse, das Herr Landeshauptmann Freiherr von Riedesel der Frage der familiären Verpflegung der Irren zuwendet, wie durch seine eingehende Sachkenntniss. Ich möchte nicht verfehlen, auch an dieser Stelle dankbar hervorzuheben, wie sehr dadurch der Versuch erleichtert wurde.

Die speciell in Betracht kommenden Verhältnisse der Anstalt und ihrer Umgebung erschienen, wie schon erwähnt, günstig. Merxhausen liegt inmitten einer rein ländlichen Gegend. Die Anstalt mit ihrem bedeutenden Grundbesitz bildet einen Gutsbezirk, zu dem ausserdem nur noch 3 Mühlen gehören. Die nächsten, für Unterbringung von Kranken in Betracht zu ziehenden Orte liegen rings um die Anstalt herum in einer Entfernung von 2—5 km. Es sind die Orte Riede, Elberberg, Elben, Sand, Wichdorf und das kleine Städtchen Niedenstein mit zusammen 3350 Einwohnern. Dem Niederhessen kann man Eigenschaften nachrühmen, wie sie für einen Pfleger als erwünscht gelten müssen. Gutmüthigkeit und ein den Fremden sofort sympathisch berührendes freundliches Wesen sind seine hervorragendsten Charakterzüge. Er unterscheidet sich dadurch vortheilhaft von mancher andern bäuerlichen Bevölkerung, namentlich auch von dem Oberhessen. Der Niederhesse ist ausserdem intelligent und es findet sich in den in Betracht kommenden Orten eine gewisse mittlere Wohlhabenheit, die ja ebenfalls als Grundbedingung für eine aussichtsvolle Entwicklung einer Familienpflege angesehen wird. Notorisch arme Familien sind vereinzelt. Mit Ausnahme des Dorfes Sand, das vorwiegend von einer in Westfalen und in Cassel ihrem Erwerb nachgehenden Arbeiter-Bevölkerung bewohnt wird und deshalb weniger geeignet erschien, herrschen in den übrigen genannten Orten der kleine Grundbesitz und das Handwerk vor. Die Bodenverhältnisse sind nicht ungünstig. Nachdem überall die Zusammenlegung der Grundstücke durchgeführt ist, befindet sich die Landwirthschaft in erfreulichem Aufschwung.

Das Jahrhunderte lange Bestehen der Anstalt als Pflegestätte für Irre hat es mit sich gebracht, dass die Bevölkerung diesen Zuständen nicht völlig fremd gegenübersteht. Noch vor wenigen Jahrzehnten liess man viele geisteskranke Pfleglinge völlig frei auch in den nächstliegenden Ortschaften umher laufen, sodass von der vielfach anderwärts noch herrschenden Scheu vor Geisteskranken hier in der Gegend nichts zu bemerken ist. Es kommt hinzu, dass sich das Wart- und Dienstpersonal der Anstalt von jeher aus den umliegenden Dörfern rekrutirt hat. In vielen Familien sind schon durch Generationen hindurch die weiblichen Mitglieder als Wartpersonen in der Anstalt thätig gewesen. In einer der jetzigen Pflegerfamilien in Niedenstein waren Grossmutter, Mutter und zwei Töchter Wärterinnen. Weiterhin bestehen besondere Beziehungen zwischen der Anstalt und der umwohnenden Bevölkerung dadurch, dass jahraus jahrein eine grössere Anzahl von Handwerkern und Taglöhnern aus den nächsten Orten in der Anstalt beschäftigt werden. In Folge dieser besonderen Umstände waren die Verhältnisse der sich zur Aufnahme



von Pfleglingen meldenden Familien meist ausreichend bekannt oder leicht in Erfahrung zu bringen, sodass nur in einzelnen Fällen Auskunft von den Behörden eingezogen werden musste.

Eine Art familiärer Verpflegung hat übrigens hier schon immer bestanden. Von jeher wurden Kranke, deren Zustand es erlaubte, auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zu ihren Angehörigen bezw. in ihren Heimathsort beurlaubt. Befanden sich solche Pfleglinge in einer sog. Freistelle d. h. waren sie hier auf Grund der stiftungsmässigen Verpflichtungen des Hospitals lebenslänglich unentgeltlich aufgenommen, so erhielten sie eventl. von der Anstalt aus eine Unterstützung. Manche fanden auf diese Weise nicht bei ihren Angehörigen, sondern in einer anderen Familie ihres Heimathsortes gegen die vom Hospital gezahlte Entschädigung Aufnahme. Gegenwärtig beläuft sich die Zahl der Beurlaubten auf 45, von denen 9 Unterstützungen bis zu 120 Mark jährlich beziehen.

Der Unterschied gegenüber der familiären Verpflegung im modernen Sinne liegt darin, dass diese Kranken nicht dauernd ärztlich controllirt werden.

Im Jahre 1892 wurde dann von dem damaligen ärztlichen Leiter der Anstalt ein Versuch gemacht, Kranke bei Familien der Angestellten der Anstalt unterzubringen. Der Versuch konnte keinen grösseren Erfolg haben, weil die den Pflegern bewilligte Entschädigung von 160 Mark jährlich zu gering bemessen war. Die untergebrachten 6 Kranken kehrten nach und nach wieder in die Anstalt zurück.

Bei der jetzt eingerichteten Familienpflege wurden dem zwischen dem Hospital und dem Pfleger zu schliessenden Pflegevertrag Bestimmungen zu Grund gelegt, die sich im Wesentlichen mit den auch anderwärts, bes. in Uchtspringe aufgestellten Grundsätzen decken. Die untergebrachten Kranken müssen in erster Linie als Familienmitglieder betrachtet und ihren Kräften entsprechend beschäftigt werden. Es ist ihnen ein besonderes Zimmer einzurichten, in dem allenfalls noch ein weibliches Mitglied der Familie schlafen darf. Die Anstalt stellt Bett (mit Ausnahme der Bettwäsche) und vollständige Kleidung, die vom Pfleger sauber und ganz zu erhalten ist, während gänzlich abgetragene Stücke von der Anstalt gegen neue ausgetauscht werden. Ausserdem wird dem Pfleger ein Pflegegeld von 66 Pfennigen pro Tag gezahlt. Am Ersten jeden Monats haben sämmtliche Pfleglinge in der Anstalt zu erscheinen, wo sie gebadet und gewogen werden. Monatlich mindestens einmal wird ausserdem die Pflegestelle von einem Arzt eingehend controllirt.

Alle weiteren Einzelheiten und die seither gemachten Erfahrungen ergeben sich aus der folgenden Zusammenstellung der bis jetzt untergebrachten Kranken.

Merxhausen.

1. Pfleger Anstaltsgärtner G. hat Dienstwohnung. Leitet den gärtnerischen Betrieb der Anstalt, wo ausschliesslich Pfleglinge beschäftigt werden. Wünscht eine Kranke in Pflege zu haben, die zu Hause seine Frau bes. bei der Wartung der 4 kleinen Kinder unterstützt.

Erhielt am 30. März 1899 als Pflegling die A. K. H., eine harmlose Idiotin, 58 Jahre alt. Patientin war am 12. 3. 97 in das Hospital verbracht worden, weil sie in eine Freistelle eingerückt war. Sie konnte sich aber in der Anstalt nie einleben, war immer gedrückt, weinte viel und klagte über Heimweh. Bei ihrem sehr wohlwollenden Pfleger wartet sie die Kinder, fährt dieselben spazieren und ist bei dieser Thätigkeit wie umgewandelt, stets heiter und zufrieden. Körpergewicht hielt sich mit ganz geringen Schwankungen seither auf gleicher Höhe.

2. Pfleger Schmied T., auf dem Gut beschäftigt, aber selbstständiger Handwerker. Gute Familienverhältnisse. Frau wünscht Stütze für häusliche Arbeiten.

Erhält am 14. Juli 1899 als Pflegling die taubstumme Idiotin D., eine sehr fleissige Person, 49 Jahre alt. Patientin fühlt sich bei ihrem Pfleger wohl.

Körpergewicht hielt sich mit geringen Schwankungen auf gleicher Höhe.

3. Pfleger Heizer J., Angestellter der Anstalt mit Dienstwohnung. Häusliche Hülfe bei kinderreicher Familie erwünscht.

Erhält als Pflegling am 12. April 1900 die an angeb. Schwachsinn leidende, 31 Jahre alte K. Wird mit häuslichen Arbeiten und Kinderwartung beschäftigt und fühlt sich bei ihrem Pfleger wohl.

Körpergewicht stieg anfangs von 78 auf 86 Pfd. und beträgt jetzt 82 Pfd.

Riede,

kleines Dorf mit nicht ganz 400 Einwohnern. Sehr solide bäuerliche Bevölkerung und günstige Bodenverhältnisse.

4. Pfleger Schneider Th. hat eignes Haus und 1/2 Acker*) Land. Kann sich selbst mit seinem Geschäft wegen grosser Concurrenz nicht recht ernähren. Frau hat Nebenverdienst durch Waschen und Bügeln. Wünscht Kranke, die der Frau beim Waschen hilft event. kleines Kind beaufsichtigen kann.

Erhält am 20. Juli 1899 als Pflegling die arbeitsfähige Idiotin P. Da diese aber sofort Heimweh bekommt, sich absolut in die Pflegestelle nicht eingewöhnen kann, nach einigen Tagen die 33jährige, kräftige, an angeborenem Schwachsinn leidende B., die sich in ihrer Pflegestelle stets sehr wohl gefühlt hat.

Körpergewicht hat sich mit ganz geringen Schwankungen auf gleicher Höhe gehalten, beträgt jetzt 5 Pfd. mehr wie beim Eintritt in die Pflegestelle.

Pfleger kaufte nach Rücksprache mit dem Referenten und nachdem ihm eine zweite Kranke in Aussicht gestellt war, 2 Acker Land für 1400 Mark, da er hofft, durch die baaren Einnahmen von den Pfleglingen Zinsen und Abtrag bestreiten zu können.

Erhält am 1. September 1900 als zweiten Pflegling die in Folge cerebraler Kinderlähmung halbseitig paretische, schwachsinnige, aber arbeitsfähige 49jährige St. Patientin hat anfangs

*) 1 Acker = 1/4 ha.



Heimweh nach der Anstalt, jetzt nicht mehr. Beide Pfleglinge haben ein gemeinschaftliches Zimmer.

Körpergewicht ist von 130 auf 116 Pfd. zurückgegangen.

5. Pfleger Ortsdiener B. Eignes Haus und 1 $^1/_2$ Acker Land, dazu $^1/_2$ Acker Pachtland. Lebt in guten Verhältnissen, hat etwas Kapitalvermögen.

Erhält als Pflegling am 20. Juli 1899 die harmlose 51jähr. Idiotin B., die sich in ihrer Pflegestelle sehr wohl fühlt und sie dem Aufenthalt in der Anstalt vorzieht.

Körpergewicht ist von 98 auf 94 Pfd. zurückgegangen.

6. Pfleger Bauer Balthasar R. Eignes Anwesen und 14 Acker Land. Pfleger hat ein Vitium cordis und ist nur beschränkt arbeitsfähig. Sehr rührige, tüchtige Ehefrau.

Wünscht Kranke zur Hülfe bei landwirthschaftlichen Arbeiten.

Erhält am 17. August 1899 als Pflegling die sehr kräftige und für grobe Arbeiten zu gebrauchende 44jährige Idiotin H. Pflegling fühlt sich sehr wohl und leistet dem Pfleger gute Dienste.

Körpergewicht stieg von 93 auf 99 Pfd., beträgt jetzt 96 Pfd.

Da die Pflegestelle sich als sehr gute erwiesen hat, erhält Pfleger am 6. September 1900 die arbeitsfähige Idiotin Sch., 54 Jahre alt. Patientin hilft fleissig bei landwirthschaftlichen Arbeiten und fühlt sich wohl.

Beide Pfleglinge haben gemeinsames, geräumiges Zimmer.

Körpergewicht stieg von 92 Pfd. bis zum Januar 1901 auf 106 Pfd., beträgt jetzt 111 Pfd. Pfleger hat im Laufe des vorigen Sommers seine früher etwas verwahrlost aussehenden Gebäude neu verputzen und anstreichen lassen, hat offenbar durch Pfleglinge seine wirthschaftliche Lage sehr verbessert.

7. Pfleger Tagelöhner R. hat eignes, neues Haus und Stallung, 2 $^1/_4$ Acker Land. Tüchtige Hausfrau. Hat Platz im Haus, früher Miethsleute, jetzt keine Gelegenheit zu vermiethen. Baare Einnahmen erwünscht.

Erhielt am 3. Dezember 1900 die harmlose Idiotin R., 34 Jahre alt, als Pflegling. Pflegestelle macht günstigen Eindruck.

Elberberg,

300 Einwohner, kleines Dorf. Adliger Sitz mit Gutshof.

8. Pfleger Bauer V. Eignes Anwesen ca. 60 Acker Land. Sehr viele Kinder, ungünstige pekuniäre Verhältnisse. Seit einigen Jahren zweite Frau, die sich seines Hauswesens sehr energisch angenommen hat und vermöge ihrer Persönlichkeit Garantie als gute Pflegerin bietet.

Erhält am 21. Juli 1899 die arbeitsfähige, kräftige, aber etwas träge 37jährige Idiotin F. Pflegling muss unter Anleitung der Hausfrau fleissig arbeiten, was ihr aber sehr gut bekommt. Fühlt sich wohl, will nicht wieder in die Anstalt zurück.

Erschien im Sommer 1900 mit in Verheilung begriffenem Bruch des Condyl. int. Humeri, hatte diese Verletzung durch Fall acquirirt. Pfleger behandelte den Arm durch kalte Aufschläge und liess denselben in einer Binde tragen. Glaubte Verletzung grössere Bedeutung nicht beilegen zu sollen. Arm hat volle Gebrauchsfähigkeit wieder erlangt.

Persönlicher Eindruck der Pflegestelle immer so günstig, dass Pflegling dem Pfleger belassen wurde.

Körpergewicht ist von 96 auf 100 Pfd. gestiegen.

Elben,

Dorf von 600 Einwohnern. Neben mittlerem Bauernstand viel sog. kleine Leute, Handwerker und Taglöhner.

9. Pfleger Bauer Th. Eignes Anwesen, 70 Acker Land. Aelteste Tochter zur Zeit Wärterin.

Wünscht als Ersatz für diese Kranke, womöglich zur Hülfe bei Wartung der kleinen Kinder.

Erhält am 2. Februar 1900 die völlig harmlose, 32jährige Idiotin D. Patientin hat sich sehr gut eingewöhnt in ihrer Pflegestelle, ist freundlicher und lebhafter geworden. Beschäftigt sich fast ausschliesslich mit der Wartung des jetzt 1 $^1/_2$ jährigen jüngsten Kindes. Diese Beschäftigung gewährt ihr offenbar die grösste Befriedigung. Das Kind hängt sehr an ihr.

Körpergewicht auf gleicher Höhe.

Da Pflegestelle durchaus günstig erscheint, erhält Pfleger auf Wunsch als zweiten Pflegling am 2. Februar d. J. die Idiotin M., 29 Jahre alt.

10. Pfleger Händler und Bauer Schw. 20 Acker Land. Eignes Anwesen. Aelteste Tochter z. Z. Wärterin. Als Ersatz für häusliche Arbeiten Kranke erwünscht.

Erhält am 2. Februar 1900 die 40jährige, an Idiotie leidende W. Patientin arbeitet fleissig und fühlt sich wohl. Pflegestelle manchmal etwas unordentlich. Körpergewicht stieg von 81 auf 91 Pfd.

11. Pfleger Bauer H. Eignes Anwesen, 84 Acker Land, darunter aber minderwerthiges. Angesehener Mann, Kastenmeister. Viel Kinder. Hülfe im Haushalt erwünscht.

Erhält am 10. Februar 1900 die 29 Jahre alte Idiotin B. Pflegling versteht als Städterin landwirthschaftliche Arbeiten nicht, zeigte sich auch trotz aller Mühe, die sich Pfleger gab, nicht fähig, solche zu erlernen. Ist aber der Hausfrau bei häuslichen Arbeiten eine gute Stütze. Fühlt sich wohl bei ihrem Pfleger.

Körpergewicht sank zunächst von 102 auf 93 Pfd., stieg dann wieder auf 99, nachdem Pfleger auf die Abnahme aufmerksam gemacht war.

12. Pfleger Schneider und Bauer Chr. G. wird als sehr solid geschildert. Hat eigenes Anwesen, geräumiges Haus.

Erhält als Pflegling am 17. August 1899 die harmlose, stets euphorische Idiotin R. Pflegestelle nicht besonders sauber gehalten. Es fiel auf, dass Pflegling meist allein und unbeaufsichtigt herumlief. Wurde nie im Familienzimmer angetroffen, meist in Küche oder Garten. Körpergewicht sank ganz regelmässig um 20 Pfd. Aussehen wurde schlechter. Mai 1900 wurde dem Referenten durch beurlaubt gewesene Wärterin mitgetheilt, dass Pflegling krank sei. Bei ausserordentlicher Revision wurde Patientin in der Küche sitzend angetroffen, krank und fiebernd. Zu Bett gebracht, ergab sich links Pneumonie, womit sie offenbar schon einige Tage herumgelaufen war. Pfleger haben von dieser schweren Erkrankung angeblich nichts gemerkt.

Nach Ablauf der Pneumonie ins Hospital zurückgenommen, hat jetzt ihr früheres Aussehn und Gewicht wieder erlangt.

Nachträglich wird bekannt, dass in der Familie des Pflegers knapp gelebt wird, Pflegling soll auch von einzelnen Mahlzeiten ausgeschlossen worden sein.

Sand,

grosses Dorf von über 1000 Einwohnern. Arbeiterbevölkerung überwiegend. Hauptrekrutirungsplatz für Wart- und sonstiges Dienstpersonal. Weniger wohlhabend wie die übrigen Orte.

13. Pfleger Wittwe des Hospitalsforstaufsehers Schm. Eignes geräumiges Anwesen, bezieht kleine Pension; nur eine erwachsene Tochter im Hause, die sich mit Nähen beschäftigt. Baarer Zuschuss erwünscht. Erhält als Pflegling die 62jährige, an Melancholie leidende, ziemlich demente A. Die immer etwas ängstliche Patientin äussert in der Pflegestelle ebenso wie in der Anstalt stereotyp das Verlangen nach Haus, ist aber leicht abzulenken und fühlt sich bei ihren Pflegern so wohl, dass sie nicht wieder in die Anstalt zurück will. Beschäftigt



sich mit Stricken und etwas Hausarbeit. Körpergewicht stets auf gleicher Höhe.

14. Pfleger Wittwe S., Tochter früher Wärterin, zweite Tochter z. Z. im Anstaltsdienst. Eigenes Haus, 7 Acker Land, das aber zum grössten Theil verpachtet ist. Wünscht Pflegling um nicht ganz allein zu sein und eine bessere Lebenshaltung führen zu können.

Erhält am 10. März 1900 die 47jährige, etwas unbeholfene, ziemlich blöde Idiotin K. Patientin ist in der Pflegestelle viel beweglicher und lebhafter geworden. Thut ihrer Pflegerin „alles, was sie ihr an den Augen absieht".

Körpergewicht von 111 auf 119 Pfd. gestiegen.

15. Pfleger Steinhauer J., Ehefrau selbst früher Wärterin, Tochter der vorigen. Eignes Anwesen, mehrere kleine Kinder. Erhält am 10. März 1900 als Pflegling die Idiotin R. (jetzt bei Pfleger 7. Pflegerin erschien am 23. Juli 1900 mit der etwas ängstlichen und verstört aussehenden Patientin, weil diese etwas am Ohr habe. Es findet sich dort kleines Othaematom, dessen Entstehung weder von Patientin noch von Pflegerin aufgeklärt werden kann. Letztere bestreitet entschieden, dass Patientin geschlagen worden sei.

Pflegling wird in die Anstalt zurückgenommen.

Körpergewicht von 113 auf 117 Pfd. gestiegen.

Wichdorf,

kleines Dorf mit 500 Einwohnern. Rein bäuerliche Bevölkerung, gute Bodenverhältnisse, wohlhabend, hat, obgleich nur 3 klm. entfernt, wenig Beziehungen zur Anstalt. Liefert selten einmal eine Wärterin.

16. Pflegerin Wittwe des Bauern J. Eignes Anwesen ca. 15 Acker Land, theilweise zu hohem Preis verpachtet, da sie selbst ohne männliche Hülfe nicht alles bewirthschaften kann. Lässt auf Anrathen des Lehrers ältesten Sohn Lehrer werden. Baarer Zuschuss zu den Kosten des Studiums ihres Sohnes erwünscht, da Nahrungsmittel zwar aus der Wirthschaft reichlich vorhanden sind, baare Einnahmen aber fehlen.

Erhält am 23. Januar 1900 die harmlose, arbeitsfähige 49 Jahre alte Idiotin Sch. und die an Idiotie und allgemeiner Chorea mässigen Grades leidenden S. Letztere Patientin wird von der Pflegerin schon nach 2 Tagen in die Anstalt zurückgebracht, da die Nachbarn an den eigenartigen Bewegungen derselben Anstoss genommen haben und man allgemein im Dorf der Ansicht ist, dass die schwangern Weiber sich an ihr „versehen" könnten.

Es wird deshalb am 24. Februar 1900 die Idiotin E., 43 Jahre alt, als zweiter Pflegling dort untergebracht.

Beide Pfleglinge bewohnen gemeinschaftliches Zimmer, arbeiten in der Wirthschaft mit und machen zufriedenen Eindruck.

Körpergewicht bei Patientin Sch. von 95 auf 106, beträgt jetzt 101 Pfd. Bei Patientin E. ist Körpergewicht von 101 auf 99 Pfd. zurückgegangen.

Niedenstein,

kleines Städtchen mit 550 Einwohnern, hat seit letzter Zählung um 100 Einwohner abgenommen. Kleiner Grundbesitz und Handwerk herrscht vor, weniger wohlhabend. Arbeitermangel.

17) Pfleger Schlosser und Landwirth H. Grossmutter, Mutter und 2 Töchter waren Wärterinnen. Grosse Familie, Kinder aber meist erwachsen, daher Platz im Haus. 18 Acker Land.

Erhält am 29. Juli zwei Pfleglinge, die 55 Jahre alte Idiotin K. und die 28 Jahre alte Idiotin B. Beide helfen in der Wirthschaft, fühlen sich sehr wohl.

Die ältere K. klagte stets über Magenschmerzen, hatte öfter Erbrechen. Körpergewicht sank von 104 Pfd. mit der Zeit auf 88 Pfd., ohne dass directe Krankheitserscheinungen nachweisbar waren. Bei der jüngeren B. stieg Körpergewicht von 115 Pfd. auf 128, beträgt jetzt 120 Pfd. Pfleger hat im vorigen Sommer neues grosses Haus gebaut.

18. Pfleger Bauer G. Bruder des vorigen, hat einen Arm verloren. Eignes Anwesen, 12 Acker Land. Grosse Familie, kleine Kinder. Hülfe bei der Arbeit erwünscht.

Erhält als Pfleglinge am 25. Juli 1899 die 62jährige taubstumme Idiotin Kr. und die 36jährige sehr blöde Idiotin L. Beide helfen in der Wirthschaft. Erstere wartet mit der grössten Liebe das kleinste Kind, gerieth aber in ein Dilemma, als in der Familie ein Zuwachs erfolgte, der ebenfalls Anspruch auf ihre Wartung macht.

Körpergewicht sank von 93 allmählich auf 81 Pfd.

Bei der jüngeren L. stieg anfangs das Körpergewicht von 120 auf 130 Pfd., sank dann unter dem Einfluss starker menstrueller Blutungen auf 109 Pfd., beträgt jetzt wieder 114 Pfd.

Die durch die Blutungen hervorgerufene Anaemie wirkte auch ungünstig auf ihr psychisches Verhalten, sie wurde völlig apathisch und arbeitete nicht mehr.

19. Pfleger Arbeiter Kr. Eignes Anwesen, 6 Acker Land. Hülfe bei häuslicher Arbeit und baarer Zuschuss erwünscht.

Erhält als Pflegling am 24. Februar 1900 die 66jährige, arbeitsfähige Idiotin Kr. Diese fühlt sich beim Pfleger wohl.

Körpergewicht stieg zunächst von 106 auf 109, beträgt jetzt 104 Pfd.

Häusliche Verhältnisse des Pflegers ungünstig geworden, da Ehefrau zu einer Secte übergetreten ist und Haus verlassen hat. Eventl. Zurücknahme der Kranken demnächst nöthig.

20. Pfleger Schuhmacher M. Eignes Anwesen, ca. 20 Acker Land. Tochter z. Z. Wärterin. Als Ersatz Hülfe bei häuslichen und landwirthschaftlichen Verrichtungen erwünscht.

Erhält am 8. Januar d. J. die harmlose, 34jährige Idiotin Sch. in Pflege.

Im Allgemeinen ist noch zu bemerken, dass die den Pfleglingen eingeräumten Zimmer sämmtlich in der ersten Etage des Hauses liegen und, mit nur 2 Ausnahmen, hell, freundlich und luftig erscheinen. Meist wurden sie für den bes. Zweck neu hergerichtet. Nur in zwei Fällen schläft in dem Zimmer noch ein weibliches Familienmitglied, in allen übrigen Fällen bewohnen die Pfleglinge das Zimmer allein.

Die Zimmer der Pfleglinge mit ihrem sehr einfachen Mobiliar fand ich stets in guter Ordnung, was ich von dem gemeinsamen Familienzimmer, der Küche, dem Flur, in vielen Pflegestellen nicht behaupten kann. Hier finden sich manchmal, besonders wenn die Wirthschaft gehäufte Arbeit mit sich bringt, Unordnung und Mangel an Sauberkeit. Man muss aber bedenken, dass die Pfleglinge aus gleichen Verhältnissen hervorgegangen sind wie die Pfleger und dass, so unbehaglich uns ein Aufenthalt in diesen Räumen dünken mag, doch für unsere Pfleglinge kein Grund

vorliegt, sich in solcher Umgebung nicht wohl zu fühlen.

Die Kost der Pfleger ist einfach und enthält weniger Fleisch wie die Anstaltskost. Frisches Fleisch wird nur allenfalls an hohen Festtagen gekauft, sonst während des ganzen Jahres nicht. Dagegen schlachtet auch der kleinste Pfleger 3—4 Centner, wer etwas mehr Land bewirthschaftet, das Doppelte an Schweinefleisch ein. Gelegentlich kommt bei kleinen Leuten ein Ziegenlamm, ein Huhn oder eine Gans auf den Tisch. Sehr viel wird ein aus Weizenmehl, Milch und Fett hergestellter Kuchen genossen, der fast immer im Hause anzutreffen ist. Es würde meines Erachtens völlig verkehrt sein, hier in die Gewohnheiten der Familie einzugreifen und bestimmte Vorschriften bezüglich der täglich zu verabreichenden Menge Fleisch oder dergl. geben zu wollen, wie das anderwärts geschehen ist. Das erscheint uns überflüssig und verstösst gegen das System der familiären Verpflegung. Das Aussehn der Pfleglinge und das Verhalten des Körpergewichts ermöglichen uns ein sicheres Urtheil darüber, ob die Ernährung der Pfleglinge eine ausreichende ist.

Nach der obigen Zusammenstellung wurden in 20 Pflegestellen 27 Pfleglinge untergebracht. Vier Pfleglinge mussten in die Anstalt zurückgenommen werden, von denen eine alsbald wieder in einer andern Pflegestelle untergebracht wurde.

Bei zwei Pfleglingen musste die Zurücknahme erfolgen, weil sie für Familienpflege nicht geeignet erschienen. Eine derselben, eine harmlose Idiotin, wurde in ihrer neuen Umgebung verwirrt und rathlos, ein Effekt, der nicht vorausgesehen werden konnte und mit dem man gelegentlich rechnen muss. Die zweite litt an leichter Chorea. Dass es nöthig wurde, diese ganz harmlose Kranke zurückzunehmen, bestätigt nur die schon gemachte Erfahrung, dass man Kranke mit abschreckendem Aeussern nicht hinaus geben soll. Aus gleichem Grunde hüte man sich, Kranke mit epileptischen Anfällen in Familien unterzubringen.

Die Zurücknahme der beiden anderen Kranken erfolgte dagegen, weil Bedenken gegen die Pflegestelle vorlagen. In einem Fall acquirirte die Kranke in der Pflegestelle ein kleines Othaematom. Wenn auch eine Schuld des Pflegers nicht nachweisbar war, so hätte man doch Aufklärung über die Entstehung der Ohrgeschwulst erwarten sollen. Da diese nicht gegeben werden konnte, erfolgte die Zurücknahme.

Im zweiten Falle (Pfleger No. 12) war die Kranke von ihrem Pfleger entschieden vernachlässigt worden und die Zurücknahme wegen mangelhafter Pflege nöthig.

Diese beiden letzten Fälle können aber meines Erachtens nicht gegen das System der familiären Verpflegung verwerthet werden. Sie beweisen nur, dass auch bei dieser Art der Versorgung Geisteskranker eine eingehende ärztliche, speciell psychiatrische, Controlle unerlässlich ist. Auch in Anstalten werden solche und ähnliche Vorkommnisse nur durch die ärztliche Controlle verhütet. Diese genaue ärztliche Ueberwachung halte ich allerdings nach den seitherigen Erfahrungen für das wichtigste Erforderniss, wenn man zu befriedigenden Resultaten bei der ganzen Einrichtung kommen will.

Dass die seitherigen Erfahrungen hier aber als durchaus günstige bezeichnet werden müssen, kann wohl nicht bestritten werden.

Ernstliche Misstände haben sich jedenfalls nicht ergeben, dagegen aber nicht zu unterschätzende Vortheile. Schon die Entlastung der Anstalt um 24 Kranke wird wohlthuend empfunden und dieser Vortheil wird sich noch angenehmer bemerkbar machen, wenn sich die Zahl der untergebrachten Kranken auf 40—50 vermehrt haben wird. Dass Kranke bis zu dieser Anzahl noch untergebracht werden können, ist gar nicht mehr zweifelhaft, da reichlich Angebote guter Pflegerfamilien vorliegen und auch noch geeignete Kranke in ausreichender Zahl vorhanden sind.

Höher veranschlage ich den Werth der familiären Verpflegung für die Kranken selbst. Ganz allgemein haben wir beobachtet, dass die Kranken in der Familienpflege lebhafter, beweglicher, leistungsfähiger werden, dass das Familienleben anregend auf sie einwirkt, dass sie in der Familienpflege sich zufriedener und glücklicher fühlen wie in der Anstalt. Um Wiederholungen zu vermeiden, habe ich diese Beobachtung in der obigen Zusammenstellung nur in den bes. eklatanten Fällen hervorgehoben. Die Beschäftigung in der Familie des Pflegers, besonders in einigen Fällen das Warten der Kinder, gewährt ihnen eine Befriedigung, wie sie dieselbe niemals in einer Anstalt finden werden. Die Theilnahme an Leid und Freud der Pflegefamilien giebt ihrem Leben wieder einen neuen Inhalt, sie werden aus Nummern wieder Individuen.

Was aber endlich aller Comfort der Anstalt ihnen nicht ersetzen kann, das ist das Gefühl der goldenen Freiheit; das liest man deutlich auf ihren Mienen und dieses Gefühl ist es, das sie den Aufenthalt beim Pfleger, auch wenn er in mancher Beziehung nicht das bietet, wie die Anstalt, doch dem Anstaltsleben weit vorziehen lässt.

Ich komme noch kurz auf die Einwände, die man gegen die Einrichtung einer Familienpflege an



einer grossen Anstalt gemacht hat. Es muss zugegeben werden, dass die Entziehung arbeitender Kranker in grösserer Zahl störend empfunden wird, namentlich dann, wenn mit der Anstalt ein grösserer landwirthschaftlicher Betrieb verbunden ist. Naturgemäss macht sich ein solcher Ausfall an einer eingeschlechtigen Anstalt wie der unsrigen weniger fühlbar, da eben hier für jede einzelne Qualität der Arbeit mehr Kranke disponibel sind. Andrerseits hat die Abgabe einer Anzahl Arbeitsfähiger den grossen Vortheil, dass unter den zurückgebliebenen Kranken Ersatz gesucht werden muss und das Personal, das ja die angelernten Arbeiter besonders ungern scheiden sieht, gezwungen ist, andere Kranke, die bis dahin vielleicht unthätig ihre Tage hinbrachten, zur Arbeit anzuleiten. Das ist zwar unbequem und erfordert unter Umständen viel Geduld, aber es schlägt doch endlich, wie ich mich in vielen Fällen überzeugt habe, zum Vortheil der betr. Kranken aus. In dieser Beziehung wirkt also ein solcher Aderlass ganz günstig.

Den weiteren Einwand, dass durch die Familienpflege der Anstalt die ruhigen, vermittelnden Elemente entzogen würden, kann ich als Grund gegen die Einführung einer Familienpflege nicht gelten lassen. Erstens bestehen die vermittelnden Elemente nicht aus den ruhigen Idioten, sondern die vermittelnden Elemente sind die intelligenten Kranken und diese kommen meist für Familienpflege nicht in Betracht.

Sodann kann ich für den Organismus einer Anstalt durchaus keinen Nachtheil darin sehen, wenn einige Dutzend oder auch mehr ruhige, harmlose Kranke daraus entfernt werden, denn gerade diese Kranken bieten doch meist ein recht geringes Interesse.

Dieser letztere Einwand ist neuerdings besonders von Schäfer-Lengerich erhoben worden (Irrenpflege IV, Nr. 10). Schäfer glaubt, dass die Familienpflege bei einer schon bestehenden alten Anstalt deshalb keinen grösseren Erfolg haben könne, weil das System dieser Anstalten die gleichzeitige Anwesenheit aller Formen verlange und gestört werde, wenn die für Familienpflege geeigneten Kranke aus ihr herausgezogen würden. Das kann doch nur für kleine Anstalten zutreffen, wenn etwa sämmtliche Arbeitsfähige in Familienpflege untergebracht würden. Die modernen grossen Anstalten mit ihrem Massenbetrieb werden wohl meist schon eine erhebliche Anzahl ruhiger Elemente abgeben können, ohne dass ihr Organismus darunter leidet. Es scheint mir die Einführung der familiären Verpflegung geradezu eine nothwendige Reaktion darzustellen gegenüber den fortgesetzt sich steigernden Ansprüchen auf Unterbringung der Geisteskranken in Anstalten. Bei diesem Zudrang müssen sich in jeder grossen Provinzialanstalt mit der Zeit Elemente ansammeln, die der Behandlung in einer geschlossenen Anstalt nicht mehr bedürfen, sondern freier verpflegt werden können.

Schäfer ist weiter der Ansicht, dass es nicht viel helfen könne, wenn neben einer gewöhnlichen Anstalt noch 30—50 Kranke in Familienpflege gehalten würden. Ueber den Werth, den man einer solchen Entlastung einer Anstalt beilegt, kann man natürlich verschiedener Ansicht sein. Aber das ist nicht der einzige in Betracht kommende Gesichtspunkt, sondern es fragt sich, ob nicht in jeder grossen Anstalt eine mehr oder weniger grosse Anzahl Kranker sich befindet, die in der Familienpflege besser untergebracht sind wie in der Anstalt. Für unsere Anstalt muss ich diese Frage wenigstens entschieden bejahen.

Insofern muss ich Schäfer allerdings Recht geben, dass die Einführung einer Familienpflege in grösserem Massstab im Anschluss an eine schon bestehende Anstalt kaum durchführbar ist. Denn ein Director kann nicht gleichzeitig eine grosse Anstalt und eine grosse Familienpflege leiten. Die Einheitlichkeit der Leitung ist aber Grundbedingung für den Erfolg.

Bei den günstigen Erfolgen, die hier erzielt wurden, ist, wie ich nochmals ausdrücklich hervorheben möchte, zu berücksichtigen, dass nur ruhige, harmlose und arbeitende Kranke, meist Idioten, untergebracht wurden und dass die Verhältnisse der Anstalt als ganz besonders günstige für Einführung der familiären Verpflegung angesehen werden müssen. Die hiesigen Erfahrungen sind deshalb nicht ohne Weiteres auf andere Verhältnisse übertragbar. Immerhin glaube ich, dass vielleicht manche andere grosse Anstalt in ähnlicher Lage sein wird wie die hiesige und eine solche werden unsere Erfolge nur zur Einführung einer Familienpflege ermuthigen können.

Unsere Erfahrungen haben im Wesentlichen ergeben, dass durch die Familienpflege unter günstigen Umständen

1. eine wohlthuende Entlastung einer grösseren Anstalt herbeigeführt werden kann,

2. eine Ergänzung ihrer Einrichtungen sich schaffen lässt, durch welche sie in die Lage gesetzt wird, einer Anzahl von Kranken eine freiere und ihrem Zustand angemessenere Verpflegung zu Theil werden zu lassen, wie sie in der Anstalt durchführbar ist.



Mittheilungen.

— **Russland.** Die neu errichtete Colonie für Geisteskranke der Nischni-Nowgoroder Gouvernements-Landschaft ist am 10. Februar eingeweiht und ihrer Bestimmung übergeben worden. Die Colonie, welche für 80 Kranke eingerichtet ist, befindet sich 10 Werst entfernt von Nischni-Nowgorod und verfügt über ein Grundstück von 50 Dessjatinen, welches der Landschaft von dem Nischni-Nowgoroder Philanthropen J. M. Rakawischnikow zu diesem Zweck geschenkt worden ist. R. hat ausser diesem Grundstück im Werthe von 7000 Rbl. noch 13000 Rbl. in baarem Gelde gespendet und sind noch weitere Spenden im Betrage von 16000 Rbl. für die Colonie von sechs anderen Personen gemacht worden.

(Petersb. med. Wochenschr.)

— **Schlesien.** Der diesjährige Prov.-Landtag hat in Bezug auf die Erweiterung der Irrenfürsorge am 18. März folgende Commissionsanträge angenommen: zu beschliessen, „1) den Bau einer neuen Irrenanstalt für 1000 Kranke und die Erweiterung vorhandener Anstalten, und zwar derjenigen in Plagwitz um 80, Rybnik um 30, Tost um 50, Brieg um 10 und Leubus um 430, zusammen um 600 Stellen, sowie die Neueinrichtung von 280 Pflegestellen in der erweiterten Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz zu genehmigen, den Provinzialausschuss mit der Ausführung zu beauftragen und ihn zur Verwendung eines Kostenbetrages hierfür bis zur Höhe von 3 200 000 M. für die neue Anstalt, 1 200 000 M. für die Erweiterungen in Rybnik, Plagwitz und Leubus, 67 200 M. für Grunderwerbskosten in Tost, Briegischdorf und Leubus und 180 000 M. für den Umbau der lublinitzer Anstalt und für Inventarbeschaffung zu ermächtigen; 2) den Provinzialausschuss zu ersuchen, ungesäumt Massnahmen, nöthigenfalls provisorischer Natur, zu treffen, durch welche die möglichst sofortige Aufnahme der als anstaltspflegebedürftig anerkannten gemeingefährlichen Geisteskranken in provinzielle Anstaltspflege ermöglicht und die Zurückstellung solcher Kranken auf die Anwärterliste in Zukunft, und zwar auch bereits vor Beendigung der vorstehend genehmigten Bauten, womöglichst ganz vermieden wird; 3) den Provinzialausschuss zu ermächtigen, etwaige durch die zu 2) gedachten Massnahmen erwachsende ausserordentliche Ausgaben vorbehaltlich nachträglicher Genehmigung durch den nächsten ordentlichen Provinziallandtag vorschussweise aus der für die Neubauten aufzunehmenden Anleihe zu decken". Bemerkenswerth ist die in der Commission zu Tage getretene Auffassung, dass der Prov.-Ausschuss die erforderlichen Bauausführungen nicht unterlassen oder unterbrechen solle, wenn sich im Laufe der Zeit etwa ergebe, dass die in dem Beschlusse bewilligten Mittel nicht ausreichen, und dass Ueberschreitungen gestattet sein sollten.

— **Grossh. Hessen.** Die zweite Kammer der Stände hat den Antrag auf Bewilligung von 132 000 M. zur Erweiterung von Heppenheim und von 150000 M. zum Geländeerwerb für eine neue Irrenanstalt genehmigt. Der Ort der letzteren (Giessen oder Grünberg?) wird erst später bestimmt werden.

— **Ostpreussen.** Der diesjährige Prov.-Landtag hat die von seinem Ausschuss beantragte (wesentliche) Erhöhung der Gehälter der Anstaltsärzte (auch der Assistenz- und Volontärärzte) sowie die erhebliche Abkürzung der Zeitdauer bis zum Termin des Höchstgehalts genehmigt. In der Motivirung der Anträge hat der Prov.-Ausschuss u. A. ausgeführt, dass die Oberärzte der Provinzialirrenanstalten sich in ihrer socialen Stellung mit den Oberlehrern an den höheren Lehranstalten vergleichen dürfen und ihr Gehalt dem der Oberlehrer entsprechend zu regeln sei. (Der lebenslänglichen Anstellung der Oberärzte geschieht in der Vorlage keine Erwähnung.) Von Interesse ist auch die Bemerkung des Prov.-Ausschusses, dass in den Irrenanstalten eigentlich auf jeden Arzt nur 100 Kranke kommen sollen. —

— Wir machen nochmals auf den vom 9.—14. April in Wien, im Lokal der „k. k. Gesellschaft der Aerzte", Frankgasse 8 (Wien IX) tagenden internat. Congress gegen den Alkoholismus aufmerksam, dessen Programm über 60 Vorträge aufweist. —

Referate.

— Bericht über das Journal of mental science. Juli 1900. König aus Dalldorf hielt auf der Versammlung der medikopsychologischen Gesellschaft einen Vortrag über Pupillenanomalien bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern, und zwar mit Beziehung zur hereditären Syphilis. König beobachtete einen Fall von „springender Mydriasis" bei einem 17jährigen Idioten. Die Mydriasis wechselte zwischen dem rechten und linken Auge oft 3—4 mal am Tag, manchmal hielt die Mydriasis auf einem Auge bis zu 3 Tagen an, manchmal bestand einige Zeit hindurch Gleichheit der Pupillen. Der Wechsel war oft so: $R > L$, $R = L$, $R > L$, und nicht $L > R$. Im übrigen war die Pupillenreaktion normal. Der sonstige Befund ergab eine postneuritische Atrophie des Optikus, spastische Parese, Athetose der Lippen- und Zehenmuskeln. Syphilis nicht nachweisbar. Die springende Mydriasis wurde bisher beobachtet bei Paralytikern, Tabeskranken, aber auch bei Neurasthenikern. Auf Grund dieser Fälle formulirte Verf. die Prognose so: Reagirt die Pupille schlecht auf Lichteinfall, so ist, mag dabei springende Mydriasis bestehen oder nicht, der Fall bedenklich. Reagirt die Pupille normal, und fehlen Zeichen organischer Erkrankung, so hat die springende Mydriasis nicht nothwendig eine üble Vorbedeutung. Erschwert wird die Prognose dadurch, dass Paralyse und Neurasthenie mit den gleichen Erscheinungen debutiren können, und ausserdem normale Pupillenreaktion mit springender Mydriasis jahrelang bestehen kann trotz organischer Gehirnerkrankung, wie der Fall des oben erwähnten Idioten beweist.

Bei einen andern Fall, einer 8jährigen Idiotin, sah König eine vorübergehende träge Reaktion der Pupillen. Sie litt zugleich an einer Ophthalmo paresis externa.

Das übrige Material, bei dem König Pupillenveränderungen nachwies, bestand aus 8 Knaben und



3 Mädchen von 7 bis 15 Jahren. Davon 9 Fälle mit infantiler cerebraler Lähmung und 2 Fälle von unkomplizirter Idiotie. In 2 Fällen keine Reaktion, in 3 Fällen nicht nachweisbar, in einem Fall Lichtstarre und träge Reaktion bei Akkommodation in der Nähe; in einem anderen Lichtstarre, Reaktion bei Akkommodation in der einen Pupille normal, in der andern langsam; in 2 Fällen Licht- und Akkommodations-Reaktion in einer Pupille fehlend, in der andern langsam; in einem Fall Lichtstarre beiderseits, Reaktion bei Akkommodation kräftig. Was die hereditäre Syphilis dieser Fälle anlangt, so sind nur in einem Fall keine Anzeichen hiefür vorhanden. In den übrigen ist sie sicher, oder wahrscheinlich. König schliesst also, dass das Fehlen der Pupillenreaktion in Fällen angeborenen Schwachsinns für hereditäre Syphilis spräche. Von den Untersuchten kamen 6 zur Obduktion. In 5 Fällen fand man, wie bei prog. Paralyse, Verdickung der Pia und Verklebung mit der Rinde, ferner erweiterte und granulirte Ventrikel. Dazu zeigte ein Fall Atherom der Basilararterien und gelbe Erweichungsherde im Schwanzkern, ein anderer sehr deutlich erkennbare Atrophie der Windungen, ein dritter Sklerose der aufsteigenden Parietalwindung. —

Arthur Patterson giebt eine Analyse der vom 1. Januar 1892 bis 31. December 1899 in der städtischen Irrenanstalt Londons aufgenommenen 1000 Fälle. Es waren 620 M. und 380 Fr. Davon waren 44 M. und 26 Fr. mehrmals aufgenommen worden. Die Diagnose lautete so:

Amentia (Idiotie und Imbecillität mit und ohne Epilepsie) . . . . 22 (8 M. 14 Fr.)
Mania (acute: Dauer bis 3 Monate vor der Aufnahme) . . 198 M. 83 Fr.
subacute: Dauer von 3—12 Mon. vor der Aufnahme 32 „ 24 „
chronische: Dauer über 12 Mon. vor der Aufnahme 37 „ 57 „
a potu . . . . 14 „ 4 „
senilis . . . . 10 „ 13 „

d. h. 291 M. und 181 Fr. = 46% resp. 47% der Gesammtaufnahmen.

Melancholie, acute . . . . 134 M. 77 Fr.
subakute . . . . . 18 „ 17 „
chronische . . . . 26 „ 42 „
senile . . . . 7 „ 11 „
185 M. 147 Fr.

d. h. 30% resp. 39% der Gesammtaufnahme.

Stupor: 3 M., 2 Fr. Epileptische Geistesstörung 45 (32 M., 13 Fr.) = 4%.

Dementia 32 (24 M. 8 Fr.) = 3%. Davon 4 M. u 2 Fr. epileptisch und 7 M. und 2 Fr. senil dement.

Puerperales Irresein: 7 Fr. = 1,5% der weibl. Aufnahmen. Davon 3 geheilt, 2 gebessert und 2 noch dort.

Progr. Paralyse: 76 M. = 12% und 8 Fr. = 3% Verhältniss der M. zu den Fr. 6 : 1. Der grössere Theil war verheirathet.

Alter: unter 30 Jahren 2 Männer
zwischen 30—40 J. 34 „
„ 40—50 J. 30 „
„ 50—60 J. 10 „

Alle Frauen, ausser einer, waren zwischen 30 und 40 Jahren alt.

Was die Ursachen der Paralyse anbelangt, so konnte bei den Männern in 13 Fällen nichts nachgewiesen werden, in 18 Fällen = 28% Syphilis, in 9 F. Potus, in 8 F. beides, in 15 F. Kummer, in 8 F. Schlag auf den Kopf, in 4 F. hereditäre Prädisposition, in 3 F. sexuelle Ueberanstrengung, in 1 F. Influenza und in 2 F. Influenza mit Syphilis, resp. Bleivergiftung. Bei den Frauen wurde 4 mal Trunksucht als Ursache erkannt, dazu bei einer noch Syphilis, bei einer andern Influenza, 1 mal Kummer, 1 mal Heredität, 2 mal nichts.

Die Form der Paralyse war bei 67 Männern maniakalisch, bei 5 melancholisch, bei 4 dement. Von den 8 Frauen zeigten 6 die Form der Manie, 2 die der Melancholie.

Von den Paralytikern starben 53 M. und 2 Fr. Die Männer waren nicht viel über 2 Jahre in der Anstalt verpflegt worden, die Frauen viel länger.

Von den 1000 aufgenommenen befand sich der körperliche Zustand von 573 = 57% unter der Norm. Dagegen starben nur 6 M. u. 1 Fr. an Phthisis, wobei nachgewiesen werden konnte, dass sich nur bei 2 M. die Phthise in der Anstalt selbst entwickelt haben konnte.

Herzkrankheiten fanden sich unter den 620 M. 52 mal = 8%, darunter 32 mal Klappenfehler; unter den 380 Fr. 75 mal = 19%, darunter 54 mal Klappenfehler. Es litten also zusammen 157 an Herzaffektionen, d. h. 13% der Aufnahmen. Von den männlichen Paralytikern hatten 3 Mitral- und 3 Aortenfehler. Von 45 Epileptikern beiderlei Geschlechts zeigte nur einer einen Herzfehler.

Von sämmtlichen Aufnahmen erwiesen sich als hereditär belastet 114 M. und 97 Fr. = 21%. Einen grossen Einfluss in der Aetiologie misst Vf. der Influenza zu, insofern als sie bei belasteten oder sonstwie widerstandsunfähig gewordenen gern die Geisteskrankheit zum Ausbruch bringt, und zwar vorwiegend in der Form der Melancholie.

Von den 1000 Fällen genasen 40% von den Männern und 37% von den Frauen, macht für beide Geschlechter 39%. Von den Männern mit akuter Manie gesundeten 51%, mit subakuter Manie 58%, mit akuter Melancholie 48%, mit subakuter Melancholie 50%, mit Mania a potu einer, mit Stupor zwei; von den Frauen mit akuter Manie 49%, mit subakuter Manie 40%, mit akuter Melancholie 51%, subakuter Melancholie 30%, mit puerperalem Irresein drei. Je früher die Aufnahme, um so rascher folgt die Genesung, ebenso genass eine grössere Anzahl der früh als der spät Aufgenommenen.

Gebessert entlassen wurden 142 (87 M. 55 Fr.), ungeheilt 31 (11 M. 20 Fr.). Es starben 155 (118 M. und 37 Fr.) = 15%. Todesursachen:

	Männer	Frauen	Summa
Progr. Paralyse	53	2	55
Herzaffektion	8	7	15
Erschöpfung nach Mania	10	5	15
„ „ Epilepsie	8	4	12
„ „ Melancholie	4	2	6
Marasmus	8	3	11

Die Behandlung der Kranken bestand in ausgedehnter Beschäftigung auf dem Lande, in der Werkstatt, im Hause. Jüngere Individuen wurden gern mit dem Regenbad behandelt. Bei Melancholie ist eine Kombination von Morphium und Aether im Gebrauch, ferner Erythrolum tetranitratum, wirkt vasodilatirend. Bei Epilepsie Bromsalze. Im status epilepticus wurden Klystiere versucht, ferner Ergotin, innerlich oder subkutan. Als Hypnotikum wurde dem Trional vor dem Sulfonal der Vorzug gegeben. Sehr nützlich erwies sich der abendliche Wechsel von Trional und Paraldehyd. Die Fütterung mit Schilddrüsenextrakt wurde bald wieder aufgegeben, nachdem sie nur Kopfweh und Gewichtsverlust verursacht hatte. Indessen wurde ein Fall von Myxödem erheblich gebessert, was aber nur 1 Jahr anhielt, worauf wieder dieselbe Behandlung und dieselbe Besserung. —

Dawson befürwortet die Errichtung eines Centrallaboratoriums für die Irrenanstalten Irlands. An jeder Anstalt wird zwar die gewöhnliche chemische und pathologisch-anatomische Untersuchung von den Assistenten gemacht, aber es giebt doch Fälle, wo der gewöhnliche Assistentenverstand nicht mehr ausreicht. Wer kennt alle die Feinheiten der Urin- und Blutuntersuchung, der bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Technik? Da soll als Retter in der Noth das Centrallaboratorium mit seinen Specialisten eingreifen. Der Londoner Grafschaftsrath hat bereits 1892 ein solches für die ihm unterstehenden 7 Anstalten an der Anstalt zu Claybury errichten lassen. Dr. Mott leitet es mit zwei Assistenten. Schottland ahmte 1896 dies löbliche Beispiel nach. Dr. Robertson ist Vorstand des Centrallaboratoriums in Edinburg, er erhält 8000 M. Gehalt. Auch der Staat New-York besitzt seit 1895 ein derartiges ausgezeichnetes Laboratorium. Die Aufgaben dieser Laboratorium bestehen in selbständigen Orginaluntersuchungen, sie müssen das eingeschickte Material verarbeiten und mit Berichten zurücksenden, sie müssen die Aerzte der betreffenden Anstalten unentgeldlich unterrichten und ihnen in allen Fragen technischen, literarischen und sonstigen Inhalts behilflich sein.

Die Jahresversammlung der Irrenärzte Irlands beschloss einstimmig, für die Errichtung eines solchen Laboratoriums wirken zu wollen.

Es wäre nur zu wünschen, dass auch in Deutschland derartige Institute geschaffen würden, wo man sich in den verschiedenen Untersuchungsmethoden unentgeldlich ausbiden lassen könnte. Dawson hebt besonders hervor, wie wohlthätig diese Laboratorien für die Verbreitung pathologisch-anatomischer Kenntnisse unter den Anstaltsärzten wirken. Bei uns frägt sich's eben nur, wer bezahlt Einrichtung und Honorar? Von dem kärglichen Assistentengehalt würde man es doch wohl nicht herauspressen wollen! —

Harrington Sainsbury schreibt über die Behandlung der Geisteskranken. Da er meist deutsche Arbeiten zitirt, erübrigt sich eine nähere Besprechung. —

Zu den verschiedenen Theorien über die anatomisch-physiologischen Grundlagen der Melancholie, Manie, etc. fügt John Turner eine neue hinzu. Er macht die klinischen Erscheinungen der Depressions- und Exaltationszustände abhängig von gewissen Spannungszuständen der Nervenzellen und Nervenfasern. Ob seine Theorie mehr befriedigt als die Anämie-Hyperämie-Theorie, mag der Geschmack des Lesers entscheiden.

Einen Fall von Broncho-Pneumonie, hervorgerufen durch einen Fremdkörper, berichtet Simpson. Bei der Sektion fand man in beiden Bronchialästen unterhalb der Kreuzungsstelle ein Stück eines Thonpfeifenkopfes eingeklemmt. Es stellte sich heraus, dass der demente Epileptiker, wenn er nicht genug Tabak haben konnte, seinen Pfeifenkopf kaute.

Eine rara avis ist der Fall von Cowen. Ein Melancholiker hatte die Gewohnheit, sich, so gut er konnte, die Backen aufzublasen und den Atem anzuhalten. Es sah zum platzen aus. Da entwickelte sich allmählich ein Hautemphysem, das vom Gesicht über Hals und Schultern sich verbreitete. Es konnte nirgends eine Verletzung gefunden werden. Der Melancholiker war mit einer weichen Sonde gefüttert worden. Cowen denkt sich, dass die Alveolen einer Lungenspitze geplatzt seien. Das Emphysem ging zurück, als der Mann mit seinem wunderlichen Treiben aufhörte. Ganter.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate.")

Ueber das Altern des Herzens. Von K. Dehio. Petersb. med. Wochenschr. 1901. No. 9.

Tetanie, Laryngospasmus und deren Beziehung zur Rachitis. Von M. Abelmann. Ibidem.

Ueber die Diagnose des Kopfschmerzes. Von G. Voss. Ibidem.

Diebstahl bei Schwachsinn u. Epilepsie. Von Chlumsky. Ztschr. f. Mediz.-Beamte 1901. No. 6.

Zur Reform des Irrenwesens I. Die Psychiater-Hetze. Von Prof. Dr. Wagner v. Jauregg. Wien. klin. Wochenschr. 1901, 12. (Entgegnung an E. A. Schröder, den Verf. des „Aufrufs").

Von den Kopfschmerzen und der Migräne. Von L. Edinger. Berlin 1901. 34 S.

Tratttato di Psichiatria ad uso dei medici e degli studenti. Von Prof. L. Bianchi. Neapel 1901. Theil I.

La cura dell' epilessia col metodo Richet. Von G. Garbini. Riv. mens. di Nevrop. e Psich 1901. Nr. 8.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Med.-Assessor Dr. König in Dalldorf zum Med.-Rath ernannt. — An der Berliner Universität habilitirte sich Dr. H. Liepmann für Psychiatrie und Neurologie.

— Leipzig. Privatdocent Dr. F. Windscheid zum Prof. extraord. ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark), **Prof. Dr. G. Anton,** Graz, **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin, **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 2. 6. April **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber eine Epidemie von Brechdurchfall in der Königlichen Heil- und Pflegeanstalt Schussenried.

Von Dr. *E Wiehl*, Assistenzarzt.

Anschliessend an die Abhandlung von Dr. Starlinger*) „über Massendurchfälle in Irrenanstalten" möchte ich hiermit eine kleine Epidemie von Brechdurchfällen, die im Juni letzten Jahres in hiesiger Anstalt auftrat, zur allgemeinen Kenntniss bringen. Wenn nun auch diese Epidemie wenig mit dem von Starlinger behandelten Thema zu thun hat, so haben beide immerhin das gemeinsam, dass ihre Aetiologie meistens vollständig unbekannt ist; ausserdem ist aber das Auftreten von solchen Brechdurchfällen, mag es auch noch so beschränkt sein, für den Anstaltsbetrieb sowohl als auch für die Erkrankten so unangenehm und störend, dass ein näheres Eingehen auf solche Ereignisse immerhin gerechtfertigt erscheinen dürfte. Sind doch gerade in Irrenanstalten die Lebensbedingungen eines jeden Einzelnen so geordnet und bekannt, dass sich wohl immer mit einer gewissen Sicherheit das eine oder andere für solche Erkrankungen sonst als ursächlich angenommene Moment ausschliessen lässt. Andererseits dürfte es aber auch von Interesse sein, ob und welchen Einfluss solche Vorkommnisse auf den geistigen Zustand unserer Kranken haben.

Es erkrankten im Ganzen sechs Pfleglinge der Frauenabtheilung, von denen fünf der II. und eine der III. Verpflegungsklasse angehörten, und eine in II. Verpflegungsklasse befindliche Anstaltsbedienstete. Die erste Erkrankung trat in der Nacht vom 3./4. Juni auf; zu dieser kam im Verlauf des 4. noch ein Fall. Auf die Nacht vom 4./5., 5./6., 6./7, 7./8. fiel je eine und auf die Nacht vom 9./10. Juni die letzte Erkrankung.

Sämmtliche begannen ohne irgend welche vorausgehende Symptome mit Durchfällen, zu denen bei Fall 1, 2, 3, 5 und 7 im Verlauf des ersten halben Tages noch Erbrechen hinzukam, während bei den anderen nur Brechreiz bestand. Die Durchfälle, anfangs breiig, faeculent, wurden bald vollständig wässerig; bei Fall 5 und 6 wurden am 3. Krankheitstage einige schleimige mit Blut vermischte Beimengungen bemerkt. Die Zahl der Durchfälle nahm rasch zu, so dass im Verlauf des 1. Krankheitstages bis zu zehn, am 2. und 3. bis zu zwanzig Entleerungen vorkamen. Am 4. Tage nahm ihre Zahl dann wieder ab und am 6. Krankheitstag war meistens wieder normaler Stuhlgang

*) Dr. J. Starlinger: Ueber Massendurchfälle in Irrenanstalten. Psych. Wochenschrift Nr. 13. 1900. II. Jahrgang.



vorhanden. Das Erbrechen liess schon am 2. Tage nach, nur bei Fall 7, bei dem die Durchfälle mehr in den Hintergrund traten, hielt es vier Tage an. Das Erbrochene waren theils Speisen, theils schleimige, gallige Massen, die bei Fall 1 mit einigen schwarzen, geronnenen Blutklumpen vermischt waren. Der Puls war im Höhestadium der Erkrankung stark beschleunigt, gegen 110 Schläge, dabei klein und bei Fall 2 und 6 unregelmässig, und nur bei Fall 1 voll und gespannt mit etwa 80 Schlägen. Die Temperatur hielt sich in den ersten zwei Tagen zwischen 38,5—39,8° C., fiel dann vom 3. und 4. Krankheitstag wieder ab, so dass alle Erkrankten am 5. Tage fieberfrei waren.

Bei sämmtlichen fand sich eine trockene, belegte Zunge und eine schwache, heisere Stimme: das Abdomen zeigte keine Druckempfindlichkeit und war weder auffallend aufgetrieben noch stark eingesunken. Bei Fall 5 brach am 3. Krankheitstag ein Herpes labialis und ebenso wie bei Fall 6 u. 7 ein Herpes der gesammten Mundschleimhaut aus, die beide etwa in vier Tagen wieder abheilten.

Die subjectiven Klagen der Erkrankten selbst waren anfangs ganz gering; das viele auf den Abort gehen wurde nur unangenehm empfunden. Erst im Verlauf des 2. und Anfang des 3. Krankheitstages stellte sich ein schweres Krankheitsgefühl ein; alle klagten über grosse Erschöpfung, Müdigkeit, über belästigende Trockenheit im Hals, Appetitlosigkeit und über durch nichts zu stillenden Durst. Dabei machten einige einen sehr hinfälligen Eindruck, die Gesichtsfarbe war gelblich fahl, die Augen stark umrändert und tief eingesunken. Stuhldrang bestand nie; nur bei den gehäuften Entleerungen wurde theilweise über ziehende Schmerzen auf beiden Seiten des Abdomens und im Kreuz geklagt. Bei Fall 7 bestanden heftige Schmerzen in der Magengegend infolge des fortwährenden Erbrechens.

Nach Aufhören der Durchfälle verschwanden obige Beschwerden rasch; mit zunehmendem Appetit erholten sich die Erkrankten bald, so dass einige schon am 10. Tage nach Beginn der Erkrankung das Bett verlassen konnten. Nur bei Fall 4, 6 u. 7 verzögerte sich die Genesung dadurch, dass im Anschluss an die körperliche Erkrankung nervöse Störungen auftraten, die ich weiter unten gesondert besprechen möchte.

Kurz noch einmal zusammengefasst hat man es also mit einer Epidemie zu thun, deren Verlauf sich auf mehrere Tage vertheilte und bei der die Hauptsymptome jedes einzelnen Falles plötzlicher Beginn, gehäufte Durchfälle theils mit Erbrechen, theils nur mit Brechreiz, hohes Fieber, schwacher, beschleunigter Puls, höchste Mattigkeit, heftiger Durst und verfallenes Aussehen waren. Am 5. Krankheitstage begann durchschnittlich die Reconvalescenz und alle Erkrankungen gingen in Genesung über.

Dieser Complex von Erscheinungen, dem anatomisch wohl Hyperaemie und Schwellung der Magendarmschleimhaut theilweise verbunden mit oberflächlichen Substanzverlusten (Blut mit Schleim vermischt) entsprachen, lässt sowohl der Schwere als auch der Dauer der Einzelerkrankungen nach die Diagnose „Brechdurchfall" gerechtfertigt erscheinen.

Die Therapie bestand beim Beginn des Anfalles zuerst immer in kleinen Gaben von Calomel (à 0,2 gr.). Dann wurden Adstringentien (Tannalbin) u. Stomachica (Decoct. Colombo) in Verbindung mit Tinct. opii angewandt neben strenger Diät (Schleimsuppen), feuchtwarme Umwickelungen um das Abdomen und gekochter und nachher auf Eis gestellter Milch gegen den heftigen Durst.

Bei dem Suchen nach dem Krankheitsagens wurde nun, da der ganze Verlauf der Epidemie dagegen sprach, sie als Theilerscheinung einer allgemeinen Infectionskrankheit, wie etwa Typhus, anzusehen, zuerst natürlich an Nahrungs- und Genussmittel gedacht; werden doch diese in der Aetiologie der Brechdurchfälle öfters erwähnt, indem sie entweder als Träger von pathogenen Bacterien oder durch ihre verdorbene Beschaffenheit solche schädliche Wirkungen hervorrufen. Wenn nun auch der Umstand, dass sechs der Erkrankten der 2. Verpflegungsklasse angehörten, etwas verdächtig erscheint, so ist, da sich die einzelnen Fälle auf mehrere Tage vertheilten und zu dieser Zeit etwa sechzig Personen täglich die gleiche Kost genossen, der Procentsatz der Befallenen doch ein so geringer und, da das betreffende schädliche Agens ja etwa zu gleicher Zeit in den Darmtractus gekommen und deshalb auch der Ausbruch der Erkrankungen etwa zu der gleichen Zeit hätte stattfinden müssen, so wenig ein Zusammenhang zwischen eventueller Ursache und Wirkung herauszufinden, dass diese Entstehungsart wohl mit Sicherheit von der Hand gewiesen werden kann.

Das gleiche kann wohl auch vom Wasser gesagt werden; denn wie könnten bei einem Bestand von circa 500 Anstaltsinsassen nur sieben erkranken, wenn das Agens durch das Wasser zugeführt worden wäre, abgesehen davon, dass die Anstalt eine eigene Leitung mit gutem Wasser besitzt. Toxische oder ätzend wirkende Chemikalien können ebenfalls nicht in Betracht kommen als Entstehungsursache, da ja Kranke solche Sachen gar nicht bekommen können.

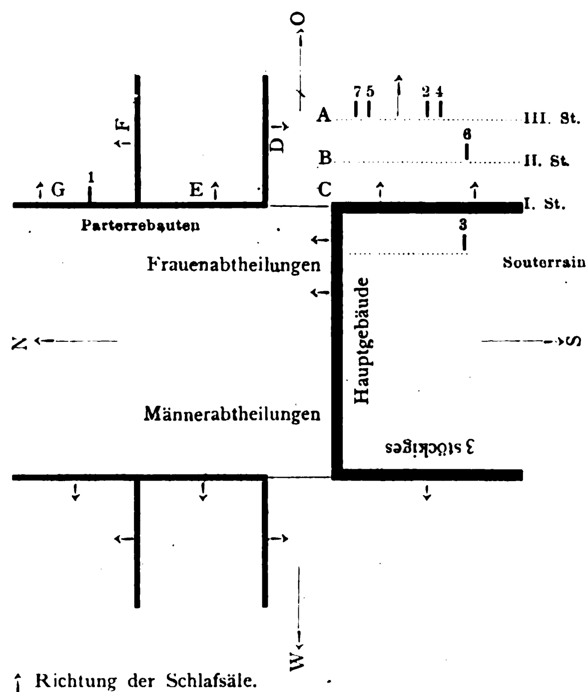
Da sich also, wie eben gezeigt, diese sonst in der Aetiologie der Brechdurchfälle angeführten Momente



für unsere Epidemie mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen lassen, kämen jetzt nur noch die in den diesbezüglichen Lehrbüchern*) enthaltenen „infectiösen Einflüsse" und „Witterungsverhältnisse" als für unsere Fälle ursächlich in Betracht.

Bevor ich zur Besprechung dieser Punkte übergehe, möchte ich nur noch einiges über die Constitution der Erkrankten, ihre Lebensweise u. s. w. bemerken. Von allen Befallenen litt nur Fall 2, eine alte Dame, schon öfters nach Diätfehlern an leichten Magendarmstörungen, die aber nie den oben beschriebenen Grad erreichten und immer in einem Tag abheilten. Fall 1, 3, 5 sind körperlich ganz gesunde und rüstige Frauen im Alter von etwa 50—60 Jahren, während bei Fall 4, 6 und 7 (26, 31, 48 J. alt) entsprechend ihrer psychischen Erkrankung (Hysterie, Melancholie auf hysterischer Grundlage, degeneratives Irresein) früher schon öfters Störungen im körperlichen Wohlbefinden aufgetreten waren, allerdings aber noch nie ähnliche Magendarmerkrankungen.

Die meisten Befallenen waren vor Ausbruch der



↑ Richtung der Schlafsäle.

...... Die Stockwerke des Hauptgebäudes der Frauenseite.

1 2 3 4 5 6 7 Die einzelnen Erkrankungen der Reihenfolge und Abtheilung nach.

A B C D E F G Die einzelnen Krankenabtheilungen.

Epidemie tagsüber auf und zwar bei schönem Wetter in den nach Osten gelegenen Anstaltsgärten, die entlang dem Hauptgebäude parkähnlich ziemlich dicht mit hohen, bis über das 2. Stockwerk reichenden Bäumen bewachsen sind, nur Fall 2 hielt sich auch bei Tag auf ihrem Zimmer auf, während Fall 3, die Anstaltsbedienstete, in der Küche beschäftigt war; erwähnenswerth dürfte noch sein, dass Fall 1, eine völlig abweisende Paranoika, sich tagsüber immer sehr der direkten Sonnenbestrahlung aussetzte, und ihr Zimmer, ebenso wie die im 3. Stockwerk des Hauptgebäudes gelegenen, wenig durch davorgelegene Bäume geschützt ist.

Wie aus nebenstehendem schematischen Anstaltsplan, in den die einzelnen Fälle der Reihenfolge und Abtheilung nach eingezeichnet sind, hervorgeht, begann die Epidemie im entferntesten Parterre-Anbau; die meisten Erkrankungen traten auf der Privatabtheilung (III. Stock) auf, und zwar wurden von den im Seitenflügel wohnenden acht Pfleglingen vier befallen, während die im Mittelbau derselben Abtheilung befindlichen fünf Pfleglinge vollständig gesund blieben. Die Schlafräume sämmtlicher Erkrankten sehen nach Osten.

Wenn es nun auch nach der ganzen Vertheilung der Fälle auf die Abtheilungen höchst unwahrscheinlich erscheint, dass diese Epidemie ihre Entstehung einem specifischen infectiösen Keime verdanke, der auf irgend eine unbekannte Weise in den Darmtraktus der Befallenen gekommen sein müsste, denn wie sollte man sich sein beinahe gleichzeitiges Auftreten auf den Abtheilungen G. und A. erklären, die am weitesten von einander entfernt sind, und beinahe gar keinen gegenseitigen Verkehr haben, so lässt sich diese Annahme doch nicht mit Sicherheit ausschliessen. Leider waren auch genaue bacteriologische Untersuchungen der Excremente nicht möglich, so dass bei dieser Frage ein sehr wichtiges Beweismittel fehlt, wenn auch mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass auch diese Nachforschung kein Resultat gezeitigt hätte; sind ja doch bis jetzt alle ähnlichen von dazu berufenster Seite gemachten Untersuchungen*) ohne Erfolg geblieben. Immerhin hätte diese aber doch wahrscheinlich Aufschluss gegeben, welche Lebewesen in den entleerten Massen gewesen sind, ob diese normaler Weise schon im Darm vorkommen oder ob sie gegen die Norm vermehrt gewesen sind, Fragen, die auch bei der Würdigung der Witterungsverhältnisse als ätiologisches Moment von Wichtigkeit sind.

Was nun diese meteorologischen Verhältnisse anbelangt, so wird wohl allgemein anerkannt, dass sie leichte Darmcatarrhe und, wie auch Starlinger erwähnt, leichte Massendiarrhoen hervorrufen können; dabei wer-

*) Strümpel: specielle Pathologie und Therapie. Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

*) Dr. Ludwig Heim, Lehrbuch der Bacteriologie. Dr. M. Rubner, Lehrbuch der Hygiene, 1900.



den als ursächlich hohe Temperaturen, starke Abkühlungen, Witterungsumschläge u. s. w. angegeben. Dagegen ist der Einfluss dieser Momente auf das Entstehen schwerer Darmstörungen, wie Brechdurchfälle, noch sehr streitig, und theilweise wird ihnen überhaupt jede Bedeutung dabei abgesprochen.

Da es nun in unserem Falle dadurch, dass auf der von der Anstalt etwa 400 Meter entfernten landwirthschaftlichen Colonie die meteorologischen Verhältnisse beoachtet und aufgezeichnet werden, dass aber andererseits die Lebensweise, Constitution der Erkrankten und ihre Vertheilung auf die Anstalt bekannt ist, mir eher möglich erscheint, die Bedeutung dieser Atmosphärilien genauer abzuschätzen, möchte ich auf diese Verhältnisse etwas näher eingehen.

1900. Meteorologische Beobachtungen in Schussenried
570 Meter über dem Meeresspiegel.

Datum	Thermometer °C. Minimum	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	Maximum	Barometer 7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m	Hygrometer 7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	Regenmenge 7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	Windrichtung 7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	Bemerkungen
30. V.	7	7	11,5	11	13	718,5	718,5	718	78	35	60	1,8	—	5,8	NW.	NW.	W.	Trüb, Sonnenschein, Regen und Hagel
31. V.	3	4	15	11	15,5	718	717	716,5	92	33	55	—	—	—	W.	SW.	S.	Nebel, trüb, Sonnenschein
1. VI.	8	10	17	16	19	717	716,5	716	65	35	30	1,0	—	—	SW.	NO.	NO.	Sonnenschein
2. VI.	7	11,5	20	20	22	716,5	716	715,5	70	24	34	—	—	—	N.	N.	NO.	Sonnenschein
3. VI.	9,5	12	21	20	22,5	713,5	712	711,5	85	34	45	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Nebel, trüb, Sonnenschein
4. VI.	11	16	23	21,5	25,5	710,5	710	709,5	64	30	40	—	—	—	N.	NO.	NO.	Sonnenschein
5. VI.	12	18	22,5	24	26	710,5	711	711	55	36	30	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Sonnenschein
6. VI.	11,5	18	20	17	25	712	712,5	713	48	45	60	—	0,1	3,5	NO.	SW.	SW.	Trüb, Sonnenschein, Gewitter
7. VI.	14	14,5	18,5	17	20,5	714	715	715	81	38	29	4,5	—	0,2	SW.	NW.	W.	Trüb, Sonnenschein
8. VI.	11	12,5	17,5	15	18	716	717	717	49	40	50	0,8	—	0,0	SW.	SW.	SW.	Trüb, Sonnenschein
9. VI.	9	12,5	17,5	17	19	720	719,5	719,5	40	30	30	—	—	—	SW.	SW.	NO.	Sonnenschein
10. VI.	7	14	21	20	21,5	719,5	719,5	718	48	34	35	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Sonnenschein

Wie aus beigefügter Tabelle, die die meteorologischen Beobachtungen zur Zeit der Epidemie wiedergiebt, hervorgeht, bestanden in den letzten Tagen des Mai und in den ersten des Juni bei für hiesige Gegend ziemlich hohem Barometerstand niedere Temperaturen; dann aber nahmen bei fallendem Barometer die Tagestemperaturen stark zu, Nachts dagegen traten bei vorherrschendem N.-O.-Wind und ziemlichem Feuchtigkeitsgehalt der Luft wieder Abkühlungen ein.

Und in diese Zeit fällt der Beginn der Erkrankungen.

Berücksichtigt man nun dabei, dass nur in nach Osten gelegenen Zimmern, in denen sich durch die herrschende Windrichtung natürlich die klimatischen Veränderungen besonders bemerkbar machen mussten, Erkrankungen vorkamen und zwar, dass in dem ganz ungeschützten III. Stock des Hauptgebäudes von acht Pfleglingen vier, also 50 %, befallen wurden, während die auf der gleichen Abtheilung im Mittelbau nach Norden wohnenden fünf Personen ganz verschont blieben, dass ferner in dem durch vorgelagerte Bäume ziemlich geschützten Souterrain, Parterre und II. Stockwerk, — gleichen doch Waldungen nach Rubner Schwankungen eines Klimas einigermassen aus,*) — nur drei Erkrankungen vorkamen und dass diese Personen betrafen, die theils sich tagsüber hohen Temperaturen (Küche, direkte Sonnenbestrahlung) aussetzten, theils infolge ihres empfindlichen Centralnervensystems leicht körperlich erkrankten, wodurch natürlich auch einigermassen ausgeglichene schädliche Reize noch ihre Wirkung entfalten konnten, und nimmt man noch an, dass die eine Person je nach ihrer Constitution schon auf einen einmaligen, andere erst auf gehäufte Reize reagiren, dass andrerseits bei Fall 4, 6 und 7 auch die psychische Infection eine gewisse Rolle gespielt haben mag, so liesse sich immerhin, ohne der Sache allzu grossen Zwang anzuthun, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den geschilderten atmosphärischen Veränderungen und der Entstehung der Epidemie ableiten.

Noch wahrscheinlicher würde wohl dieser Zusammenhang, wenn die beobachteten meteorologischen Veränderungen für das Klima der Gegend etwas aussergewöhnliches wären.

Ich habe nun daraufhin die seit 1893 geführten Tabellen durchgesehen, ohne aber zu einem positiven Resultat zu kommen. Allerdings fand ich nirgends die oben angeführten gleichen Daten und ziemlich selten das Zusammentreffen von fallendem Barometerstand mit N.-O.-Wind, dagegen sind stärkere nächtliche Abkühlungen und Nebelbildungen für die hiesige Gegend etwas gewöhnliches; immerhin möchte

*) M. Rubner, Lehrbuch der Hygienne, Seite 135.

ich an dieser Stelle die meteorologischen Daten nachtragen, die zur Zeit einer der oben beschriebenen etwas ähnlichen, wenn auch viel ausgedehnteren und länger dauernden Epidemie,*) die in der Nacht vom 13./14. April 1895 einsetzte, bestanden, da bei beiden Tabellen eine gewisse Uebereinstimmung nicht abgeleugnet werden kann.

April 1895. Meteorologische Beobachtungen in Schussenried.

Datum	Thermometer °C.					Barometer			Hygrometer			Regenmenge			Windrichtung			Bemerkungen,
	Minimum	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	Maximum	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	7 Uhr a. m.	1 Uhr p. m.	7 Uhr p. m.	
2	8	9	6	6	9	718	718	715	75	85	72	—	3,7	1,8	N.	N.	N.	Trüb, Wind, Regen
3	0	1	6,5	6	8	716,5	716,5	715	70	48	40	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Reif, Wind, Sonnenschein
4	−1,5	−1	6	4,5	7	716	716,5	715	85	38	36	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Reif, Wind, Sonnenschein
5	−1	2	8	10	11	713	713	712	50	35	30	—	—	—	NO.	NO.	NO.	Reif, Wind, Sonnenschein
6	0	4	12	14	15,5	713	713	712	50	40	35	—	—	—	NO.	NO.	NQ.	Reif. Sonnenschein

Bedenken muss man natürlich bei der Berücksichtigung dieser Daten, dass verschiedene Momente, wie Luftzusammensetzung**), Windstärke, ob plötzliche oder allmähliche nächtliche Abkühlungen, die doch wohl auch von Bedeutung sind bei der Beurtheilung dieser Frage, dabei fehlen, ein Umstand, der mich auch veranlasst nicht genauer zu erörtern, welche Componente der Witterungsverhältnisse, ob eine, mehrere oder alle als ursächlich angesehen werden müssten.

Wenn man nun aber auch annehmen würde, dass diese meteorologischen Veränderungen die Epidemie hervorgerufen haben, so ist doch das „Wie" noch vollständig in Dunkel gehüllt. Berücksichtigt man allerdings die Untersuchungen von Dr. Eyselein und die allgemein bekannte Thatsache, dass bei mehr oder weniger schwer nervösen Personen Föhn Kopfdruck, Schlaflosigkeit, allgemeine Arbeitsunfähigkeit erzeugen oder steigern kann, so ist wohl auch nicht direkt von der Hand zu weisen, dass andere atmosphärische Umschläge ebenfalls auf unser Centralnervensystem einwirken können. In unserem Fall müsste man dann annehmen, dass durch diese Atmosphärilien in dem Darmtraktus, sei es durch Veränderung der Gefässinnervation und dadurch bedingten vermehrten Flüssigkeitsaustritt in den Darm, sei es durch abnorme Drüsenthätigkeit, ungewöhnliche Zustände geschaffen wurden. Diese können nun ihrerseits wieder durch Bildung von abnormen Gährungen oder aber dadurch, dass sie den Boden zu einer übermässigen Vermehrung der auch sonst im Darmtraktus befindlichen Lebewesen geben, die dann entweder durch ihre ungewöhnliche Zahl oder durch Erlangen pathogener Eigenschaften und Ausscheiden schädlicher Stoffwechselprodukte den Organismus schädigen, ihre weitere verderbliche Wirkung entfalten, eine Annahme, für die auch der Verlauf der Erkrankungen spricht, zuerst gehäufte Diarrhöen bei subjectivem Wohlbefinden, dann schwere Allgemeinerscheinungen, die doch wohl wie auch die Herpeseruptionen auf infectiöse oder toxische Einflüsse zurückzuführen sein dürften. Leider fehlt, wie schon oben erwähnt, der auch für diese Annahme wichtige, vielleicht allein den Ausschlag gebende bacteriologische Befund.

Ohne natürlich nun behaupten zu wollen, dass diese meine Ausführungen über den Einfluss der beschriebenen meteorologischen Verhältnisse auf das Entstehen der hiesigen Epidemie richtig seien, glaube ich doch, dass sie einen ziemlichen Grad von Wahrscheinlichkeit in sich tragen.

Sollte aber diese Abhandlung auch nur das erreichen, dass nicht nur bei Massendiarrhöen, wie Starlinger meint, sondern auch bei solchen Epidemien in anderen Anstalten beim Suchen nach dem ätiologischen Moment neben genauen chemischen und bakteriologischen Untersuchungen der Excremente die Witterungsverhältnisse berücksichtigt und die Befunde veröffentlicht werden, so würde sie ihren Zweck vollständig erfüllen. Denn nur so dürfte es wohl möglich sein, diese in der Aetiologie enthaltenen allgemeinen Ausdrücke wie Witterungsverhältnisse u. s. w. näher zu präcisiren, das „Wie" ihrer Wirkung genauer zu bestimmen, oder sie vollständig auszuschliessen. Sind ja doch dafür, wie in der Einleitung schon erwähnt ist, die Bedingungen gerade in den mehr oder weniger geschlossenen Irrenanstalten, besonders wenn sie in nächster Nähe noch Specialisten zur chemischen und bacteriologischen Untersuchung haben, die günstigsten.

Was nun den Einfluss anbelangt, den diese körper-

*) beschrieben von Dr. Wunderlich, med. Correspondenzblatt für württemb. ärztlich. Landesverein 1896.

**) Dr. Eyselein: Ueber den Einfluss der Witterungsverhältnisse auf das Befinden etc. Nervenkranker. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 41.



liche Affektion auf die Psychosen der Betroffenen ausübte, so blieb bei Fall 2, der seit etwa 40 Jahren an Paranoia leidenden alten Dame, sowohl während als auch nach Ablauf der Erkrankung der geistige Zustand ganz der gleiche wie vorher; bei Fall 1, der seit etwa 7 Jahren an Paranoia erkrankten, vollständig abweisenden Patientin, trat zwar während des acuten Anfalles eine kleine Besserung ein, sie wurde etwas zugänglicher, liess sich körperlich untersuchen, eine Besserung, die aber auch schon wieder während der Reconvalescenz verschwand und seither nie mehr wiedergekehrt ist.

Nur bei Fall 5 kann man vielleicht von einer günstigen Einwirkung sprechen; bei dieser Patientin nämlich, die im Jahr 1892 an einer schweren Manie mit Personenverwechslung und hauptsächlich motorischer und schwer sexueller Erregung erkrankte, hatte diese Erregung, als sie schon etwas im Abklingen war, auffallend rasch im Anschluss an eine linksseitige Knöchelfraktur, die sich die Kranke im Jahre 1896 bei einer mutwilligen Kletterei zuzog, einem mehr unzufriedenen, quärulierenden, leicht reizbaren Verhalten Platz gemacht, wobei das anfangs noch manchmal hervortretende erotische Moment langsam verschwand. Da bei noch anhaltender Unzufriedenheit und Einsichtslosigkeit die Kranke immer stark fort verlangte und sie sich sonst bei erhaltenen intellectuellen Fähigkeiten geordnet betrug, war schon längere Zeit ihre Entlassung in's Auge gefasst; diese musste nur immer wieder wegen misslicher Familienverhältnisse verschoben werden. Nachdem auch diese geregelt und der Tag ihrer Abreise schon festgesetzt war, brach die Epidemie aus und befiel auch sie. Kaum einigermassen von der Erkrankung erholt, trat sie dann am 24. Juni aus der Anstalt aus und hat sich seither draussen gut zurecht gefunden. Am 9. Juli 1900 schrieb sie nun folgenden Brief an die Direktion:

„Nochmal meinen herzlichsten Dank für alle Mühe und Güte, welche mir während meines Aufenthaltes in der Anstalt zu Theil wurde.

Meine Gedanken weilen noch manchmal dort, da ich manche vergnügte Stunde genossen habe und meine Gesundheit dem dortigen Aufenthalt verdanke . . . .“

Wenn man nun bedenkt, dass die Kranke schon über ein Jahr immer ziemlich das gleiche Bild von Unzufriedenheit bot, weshalb sie auch nur als gebessert entlassen wurde, dass sie dagegen bald nach der Erholung von der überstandenen körperlichen Erkrankung einen Brief schrieb, der die höchsten Forderungen für vollständige Genesungen, Krankheitseinsicht und Dankbarkeit, enthält, so muss dieser plötzliche Umschlag doch auffallen und darauf hindeuten, dass er durch die schwere, fieberhafte Affektion hervorgerufen sei, wenn natürlich auch das „Wie“ nicht näher angegeben werden kann.

Direkt ungünstig dagegen wirkten diese Brechdurchfälle auf das Befinden der Fälle 4, 6, 7. Zwar liefen die acuten Erscheinungen, wie schon oben erwähnt, ebenfalls ab wie bei den andern Erkrankten; aber wie sie sich in Reconvalescenz befanden, traten verschiedene nervöse Störungen bei ihnen auf, die sämmtlich das gemeinsame hatten, dass sie früher in den doch sonst an Symptomen so reichen Krankheitsbildern noch nie vorhanden waren, dass sie für die Patienten selbst etwas ganz neues, unerwartetes waren, dem sie rathlos gegenüber standen und das einen beängstigenden Eindruck auf sie machte.

Diese Störungen bestanden nun darin, dass bei Fall 4, am 12. Tage nach Beginn des Anfalles, als die Kranke noch vollständig erschöpft zu Bett lag, heftige Kopfschmerzen hauptsächlich im Hinterhaupt sich einstellten, verbunden mit starker Druckempfindlichkeit des ganzen Schädeldaches, so dass sie ihren Kopf kaum auflegen konnte, die dann in gleicher Intensität vier Tage anhielten und mit Eintritt der auch sonst regelmässigen Menses erst nachliessen. Bei Fall 6 dagegen bestand zwar vom 6. Krankheitstage an vollständiges körperliches Wohlbefinden tagsüber, Nachts aber traten im Anschluss an die Entfieberung am ganzen Körper profuse Schweisse auf, die die Kranke sehr belästigten und erst nach etwa fünf Wochen verschwanden, während bei Fall 7 am 6. Krankheitstage schwere beiderseitige, mit Röthung und Schwellung des ganzen Gesichtes verbundene Trigeminusneuralgien einsetzten, zu denen sich nach drei Tagen noch beiderseitige Occipitalneuralgien hinzugesellten und die im Ganzen sechs Tage anhielten.

Dass bei diesen Störungen als auslösendes Moment die abgelaufene fieberhafte Erkrankung angesehen werden muss, dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, zumal da ja solche Symptome noch nie bei diesen Kranken vorhanden gewesen waren und der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung deshalb wohl ein zwingender sein dürfte. Dass allerdings die schwere erbliche Belastung, die bei allen drei Kranken vorhanden ist, und ihre neuropathische Veranlagung einen günstigen Boden für diese Störungen abgegeben haben, ist ebenso sicher.

Wie nun diese nervösen Symptome entstanden sind, ob durch den erschöpfenden Einfluss des Brechdurchfalles, ob durch Schädigung des Centralnervensystems durch in den Blutkreislauf aufgenommene Stoffe (Toxine), möchte ich dahingestellt sein lassen,

wenn mir auch immerhin im Hinblick auf die bei anderen Kranken aufgetretene Herpeseruption und mit Rücksicht auf die Erfahrungen über Auftreten von Trigeminusneuralgien nach infectiösen Krankheiten*), die letztere Annahme die wahrscheinlichere zu sein scheint.

Während aber nun bei Fall 6 diese Schädigung nur eine vorübergehende war, indem die secretorischen Störungen seither wenigstens nie mehr aufgetreten sind, hatten die beiden anderen Kranken, Fall 4 u. 7, bis jetzt des öfteren nach den geringsten gemüthlichen Erregungen unter den oben beschriebenen Beschwerden zu leiden, wobei wenigstens bei Fall 7 sowohl Simulation als auch Uebertreibung sicher auszuschliessen ist, da sie trotz darauf abzielender Suggestivfragen nie die schmerzhaften Druckpunkte falsch localisierte, eine Erscheinung, die wiederum beweist, wie bei solchen mehr oder weniger neuropathischen Individuen Störungen, die zu ihrem ersten Auftreten eines ursächlichen auslösenden Momentes bedurften, einmal aufgenommen in die „Somatopsyche“ (Wernicke), später bei der geringsten Veränderung des gemüthlichen Gleichgewichtes unwillkürlich wieder hervortreten können, und die uns auffordern muss, der Aetiologie solcher Epidemien nachzuforschen um, wenn möglich, durch prophylactische Maassnahmen unsere Patienten vor solchen, für beide Theile unangenehmen Schädigungen zu bewahren.

*) Strümpel, ebenda.

Kurz noch einmal alles zusammengefasst hat man es also mit einer Brechdurchfall-Epidemie zu thun, bei deren Entstehung meteorologische Veränderungen eine gewisse, wenn auch unbekannte Rolle gespielt zu haben scheinen, deren Wirkung auf die Psychosen der Erkrankten aber den Erfahrungen entspricht, die man sonst bei acuten Infectionskrankheiten gemacht*), indem sie theils einen bessernden, grösstentheils aber durch Hervorrufen von nervösen Störungen einen verschlimmernden Einfluss ausübte.

Für die Ueberlassung dieser Arbeit erlaube ich mir an dieser Stelle Herrn Director Dr. Kreuser meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

*) Es dürfte wohl den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, die ganze über dieses Gebiet vorhandene Litteratur aufzuzählen; ich möchte unter anderem die Arbeiten von Nasse, Rosenbaum, Bernet, Fiedler, Rath, Willerding, Icyact, Metz, Oks, Krause, Solbrig, Lenz u. s. w. erwähnen.

Mittheilungen.

— **Aus Jahresberichten.** Die Heil- und Pflege-Anstalt Eichberg (1899/1900) berichtet über die glänzend verlaufene Feier ihres 50jährigen Bestehens am 18. Oct. 1900; der Verein der deutschen Irrenärzte hatte eine künstlerisch ausgeführte Glückwunschadresse übersandt, in der es u. A. heisst: „Der Eichberg gehört zu den Zierden der Heilanstalten für Geisteskranke in Deutschland, der auch an der Entwicklung des deutschen Irrenwesens reichlichen Antheil genommen hat“. Jedem Pfleger und jeder Pflegerin wurde an diesem Tage eine ausserordentliche Remuneration gespendet. — Die Familienpflege bei benachbarten Wärterfamilien umfasste Ende des Etatsjahres 43 kranke Frauen (darunter ca. 22 sich beschäftigende). — Von den 116 Aufgenommenen hatten 15 schon Freiheitsstrafen erlitten, nicht eingerechnet 13 zur Beobachtung überwiesene, von denen nur 2 als nicht geisteskrank beurtheilt wurden. —

Ev. Idioten-Erziehungs- und Pflege-Anstalt zu M.-Gladbach (1900) bringt den eingehenden und interessanten Erziehungsverlauf von 11 bis zur Confirmation geförderten Schwachsinnigen, ferner Mittheilungen über die hochgradige erbliche Belastung der aufgenommenen Idioten. — In diesem Frühjahr wird ein neues Pflegehaus bezogen, sodass sich die Anstalt dann in ein Erziehungs-, ein Beschäftigungs- und ein Pflegehaus gliedern wird.

Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau (1900): ca. 4 Seiten umfassender Provinzialausschussbericht. — Nichts besonders Erwähnenswerthes.

P.-I. A. Kosten 1899/1900. — Erbauung zweier Gebäude für je 65 erwachsene Kranke; der Bau der in der Verwaltung und dem ökonomischen Betriebe an die Irrenanstalt angegliederten Prov. Idiotenanstalt ist soweit gefördert, dass am 1. Oct. 1899 2 Knaben- und 2 Mädchenpavillons bezogen wurden; im Bau begriffen sind der Kinderpavillon, das Lazareth- und Schulgebäude. Aus Kraschnitz wurden 114, aus Fürstenwalde 21 in die Idiotenanstalt versetzt. —s—

— Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien; Sitzung v. 15. Januar 1901.

Infeld stellte einen Kranken mit schlaffer Paraplegie und Störung der Blasen-, Mastdarm- und Geschlechtsfunktion vor, ein Leiden, dessen erstes Symptom Schmerzhaftigkeit des 4. Brustwirbels war, welch' letztere bei dem früher syphilitischen Manne auf Quecksilberbehandlung nachliess. Bemerkenswerth war, dass die Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlten, während einige oberflächliche Reflexe erhalten schienen. — Es folgte die Diskussion über Bischoff's Vortrag (sklerotische Hemisphärenatrophie, s. Jahrg. II, S. 422), in welcher B. mittheilte, dass von einer Gliawucherung nicht die Rede sein konnte: die Glia verhielt sich in beiden Hemisphären gleich. Die Pia war ebenfalls nicht verändert. Obersteiner bemerkte, dass die Hirnsklerosen häufig ein histologisches Räthsel seien; in einem Falle



aus seinem Laboratorium sei im Grosshirn die Glia vielleicht ein wenig vermehrt gewesen, aber ausser allem Verhältniss zur Knorpelhärte des Gehirns in frischem Zustande. Die sehr launenhafte und nur in positiven Fällen verwerthbare Weigert'sche Gliafärbung brauche man nicht immer zum Nachweis der Gliawucherung; letztere, wenn sie stark sei, sehe man auch mit der van Gieson'sche Färbung ganz gut. Eine Kleinheit der Elemente reiche zur Erklärung nicht aus, man müsse auch eine Consistenzvermehrung annehmen. — Hirschl sprach über Osteomalacie bei Morbus Basedowii und Myxödem.

(Wien. klin. Wochenschr.. 1901. 13.)

— Im Berl. Verein f. Psych. und Nervenkrankh. (12. 3. 1901) stellte Bernhardt ein 3jähriges, 103 cm. grosses, 24,5 kg schweres Kind vor, welches Penis und Schamhaare in fast der Entwicklung wie bei einem Erwachsenen hatte. Zeichen von Gehirntumor (ein solcher der Glandula pinealis käme in Frage) oder Akromogalie fehlten. — Brasch demonstrirte Tabes mit Pupillenstarre und Differenz bei einem 15jährigen Mädchen, dessen Vater 1 Jahr zuvor an Tabes gestorben war; er hatte angeblich vor ca. 25 Jahren Ausschlag. 2 Todtgeburten. Pat. hatte in den ersten Lebensjahren auch einen Ausschlag. — Gumperty demonstrirte eine wahrscheinlich auf nach der Niederkunft durch Embolie im Halsmark zurückzuführende beiderseitige Radialislähmung bei einer 24jährigen Frau. — Placzek berichtete über Veränderungen der Ganglienzellen, der Nervenfasern und Gefässe der grauen Vorderhornsäulen des Rückenmarks eines 4jährigen Kindes mit Paraplegie und Lähmung eines Armes (spinale Kinderlähmung).

— St. Petersburg Der langjährige Oberarzt der städt. Irrenanstalt Nicolai des Wunderthätigen, O. Tschettschott beabsichtigt seinen Posten aufzugeben, da die Stadtverwaltung nichts für die Abschaffung der heillosen Zustände in der Anstalt thut und dadurch dem Direktor und den Aerzten des Hospitals es unmöglich macht, ihren Pflichten im Hospital gewissenhaft nachzukommen. — Von der neuen russischen Monatsschrift „Journal für Neuropathologie und Psychiatrie", welches zum Andenken an den verstorbenen Moskauer Professor S. Korssakow dessen Namen trägt, ist bereits das erste Heft erschienen. Zur Bestreitung der Kosten für die Herausgabe des Journals sind bereits 12000 Rbl. durch freiwillige Spenden eingegangen, doch fehlen zur Sicherstellung des Unternehmens noch wenigstens 18000 Rbl., die durch weitere freiwillige Beiträge, Veranstaltung von öffentlichen Vorlesungen etc. beschafft werden sollen. (St. Petersb. med. Wochenschr.)

— Die diesjährige **Versammlung schweizerischer Psychiater** findet am Pfingstmontag und -dienstag (27. und 28. Mai) in **Genf** statt.

Referate.

— Geschichte eines Kranken mit räsonnirendem Wahnsinn. Ein Spiegelbild der deutschen Psychiatrie zu Anfang des 19. Jahrhunderts. Von Adolf Kussmaul (Heidelberg). Deutsch. Revue, Jan. 1901.

Die im Auszug mitgetheilte Krankengeschichte schildert den Fall eines badischen Pfarrers, der bald nach dem Examen, das er im Jahre 1797 glänzend bestanden hatte, Zeichen von Geisteskrankheit erkennen liess. Er hatte Verfolgungsideen — Vergiftungsfurcht —, benahm sich höchst auffällig, sprach viel vom „Naturzustande", den er an die Stelle der bestehenden Ordnung setzen wollte, und verstiess in gröbster Weise gegen die Pflichten seines Amtes. Er wurde für geisteskrank erklärt, erhielt aber trotzdem eine Anstellung als Pfarrer und heirathete auch bald. Die Erörterungen darüber, ob er krank sei oder nicht, zogen sich über Jahre hin und er wurde zwar endlich — 1813 — in der Irrenanstalt Pforzheim untergebracht, doch versuchte sogar der Direktor dieser Anstalt (Friedrich Groos) nachzuweisen, dass er geistig gesund sei. Dieser Gelehrte besass allerdings keine psychiatrischen Kenntnisse und war nur wegen seiner philosophischen Bildung zum Leiter der Anstalt berufen worden. In ähnlicher Weise verwendete sich später — 1826 — ein Heidelberger Gelehrter für den Kranken.

Mit Recht weist Verf. in seinen für ein grösseres Publikum bestimmten Ausführungen darauf hin, dass Unwissenheit in der Psychiatrie die beiden Gelehrten zu so groben Irrthümern führte und dass nur die in praktischer psychiatrischer Thätigkeit gewonnene Erfahrung, die auf Kenntniss der Krankheit gegründete Untersuchung eine richtige Beurtheilung solcher Kranken ermöglichen. Stegmann - Dresden.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate.")

Zeitschr. f. Hypnotismus. Bd. X, Heft 5. Ausgegeben März 1901.

Isenberg und Vogt, Zur Kenntniss des Einflusses einiger psychischer Zustände auf die Athmung.
Grohmann, Irrenhaus und Bühne.
Forel, Terminologie und Weltsprache.
Wanke, Casuistische Beiträge zur Suggestiv-Therapie.
Grohmann, Weiteres über „Suggestion durch Briefe".
Pick, Nachtrag zu dem vorangehenden Aufsatze.
v. Schrenck-Notzing, Literaturzusammenstellung über die Psychologie und Psychopathologie der vita sexualis.

* * *

Zur Pathologie und Theorie der Migräne. Von M. Sihle. Wien. klin. Wochenschr. 1901, Nr. 13.
Zur Reform des Irrenwesens II. Von Prof. Dr. Wagner v. Jauregg. Ibidem.
Ein Fall von hyster. Taubheit. Von Fr. Schultze. Deutsch. Aerzte-Ztg. 1901, 4.

Personalnachricht.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Heidelberg. Dem Prof. Dr. Nissl ist von der Naturforschenden Gesellschaft in Frankfurt a. M. für seine Leistungen auf dem Gebiet der Hystologie des Nervensystems der Sömmering-Preis zugesprochen worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beilage zur „Psychiatrischen Wochenschrift", III. Jahrg., No. 2.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Der Minister
der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-
Angelegenheiten.

Berlin W. 64, den 26 März 1901.

Justizmin. Nr. I. 1853.
Min. d. g. Ang. Nr. M. 5020.
Min. d. Inn. Nr. IIa. 2311.

Anliegend übersenden wir nebst Anlagen die von uns heute erlassene neue „Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" mit dem Ersuchen, dafür Sorge zu tragen, dass dieselbe bei allen privaten Anstalten des dortigen Bezirks an Stelle der bisherigen Anweisung vom 20. September 1895 zur Anwendung gelangt. Zu den privaten Anstalten im Sinne dieser Anweisung gehören insbesondere auch die von geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften, Stiftungen pp. begründeten und betriebenen Anstalten, dagegen nicht die vom Staate oder von Kommunalverbänden errichteten und unterhaltenen Anstalten.

Zur Behebung etwaiger Zweifel bemerken wir noch:

Zu § 9: Dortseits ist gemäss dem Erlasse vom 5. August 1881 — Min. d. Inn. II. 7857 I, M. d. g. A. M. 4062 II — bei Ausländern an den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten zu berichten.

Zu § 24: Ausserordentliche Revisionen durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter sowie auch durch die Besuchskommission herbeizuführen, bleibt dortigem Ermessen überlassen. Der Vorsitzende der Besuchskommission hat die Zeit der Besichtigung einige Tage vorher dem Kreisarzt oder dessen Vertreter vertraulich mitzutheilen.

(Unterschriften.)

An
die Herren Regierungs-Präsidenten und den hiesigen Polizei-Präsidenten.

Abschrift theilen wir zur gefl. Kenntnissnahme ergebenst mit.

Der dortigen Erwägung bleibt es wie bisher überlassen, ob und inwieweit die Abschnitte I und II der Anweisung auf die für die Aufnahme derartiger Kranker eingerichteten kleinen Abtheilungen öffentlicher Kranken- (Siechen-, Pflege-) Anstalten anzuwenden sein möchten.

Der Justizminister.	Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.	Der Minister des Innern.
Schönstedt.	In Vertretung. Werner.	In Vertretung. Bischoffshausen.

An
die Herren Ober-Präsidenten.

Anweisung
über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.

An Stelle der Anweisung vom 20. September 1895 und der Ergänzung vom 24. April 1896 treten folgende Bestimmungen:

A. Vorschriften für Kranke, welche das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.

I. Aufnahme.

§ 1. Die Aufnahme erfolgt unbeschadet des Abschnitts III nach Untersuchung des Kranken durch den Kreisarzt (Gerichtsarzt) oder durch den ärztlichen Leiter einer öffentlichen Anstalt für Geisteskranke oder einer psychiatrischen Universitätsklinik auf Grund eines von dem Untersuchenden ausgestellten Zeugnisses.

Zuständig ist der Kreisarzt (Gerichtsarzt) des Wohnortes des Kranken, und im Falle der Verhinderung sein Vertreter. Der beamtete Arzt ist verhindert, wenn er Arzt der Anstalt ist.

§ 2. Das Zeugniss (§ 1) hat zu enthalten:

Die Veranlassung und den Zweck seiner Ausstellung, Zeit und Ort der Untersuchung, insbesondere das Datum der letzten Untersuchung (vgl. § 5), die dem Untersuchenden gemachten Mittheilungen einerseits und seine eigenen Wahrnehmungen andrerseits. Das Zeugniss muss die Krankheitszeichen genau angeben und begründen, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf.

Die Bezugnahme auf das schriftlich vorliegende Zeugniss eines anderen Arztes ist zulässig, soweit der Untersuchende dem Inhalte dieses Zeugnisses auf Grund der persönlichen Untersuchung des Kranken beitritt.

Dem Zeugniss ist der Amtscharakter des Ausstellers beizufügen.

§ 3. Die Aufnahme eines wegen Geisteskrankheit oder

Geistesschwäche (B. G. B. § 6) entmündigten Kranken kann auf Antrag des Vormundes ohne Mitwirkung des Kreisarztes auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Abs. 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfolgen.

§ 4. In dringenden Fällen kann die vorläufige Aufnahme auf Grund eines den Vorschriften des § 2 Absatz 1 entsprechenden Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfolgen.*) Der vorläufig Aufgenommene muss jedoch innerhalb 24 Stunden dem für die Anstalt zuständigen Kreisarzte oder dem Vertreter des verhinderten Kreisarztes (vergl. § 1) angemeldet werden.

Dieser hat binnen 3 Tagen nach Empfang der Anzeige den Kranken zu untersuchen und alsbald nach der Untersuchung ein Zeugniss darüber auszustellen, ob die Aufnahme zulässig ist oder nicht.

In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung in kurzen Fristen zu wiederholen. Das Zeugniss ist alsdann spätestens innerhalb 2 Wochen nach der vorläufigen Aufnahme auszustellen.

Ein Kranker, dessen Aufnahme nicht für zulässig erklärt wird, ist alsbald zu entlassen.

§ 5. Die Aufnahme sowie die vorläufige Aufnahme (§ 4) darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten in dem Zeugnisse (§§ 2, 3, 4) angeführten Untersuchung erfolgen.

§ 6. Die Uebernahme eines Kranken aus einer anderen öffentlichen oder privaten Anstalt darf nur erfolgen, wenn von deren Unternehmer a) ein Uebergabeschein und b) eine beglaubigte Abschrift des Aufnahme-Zeugnisses, zutreffenden Falles auch des Nachweises der erfolgten Entmündigung, und, sofern nicht die Krankengeschichte zur Einsicht oder in Abschrift beigefügt wird, c) eine ärztliche Mittheilung der für die Behandlung wichtigsten Beobachtungen übergeben wird.

Ausserdem ist von dem ärztlichen Leiter der Anstalt, in der sich der Kranke bisher befunden hat, d) eine Bescheinigung darüber auszustellen, dass das Leiden die weitere Behandlung in einer Anstalt bedingt, und ob es als voraussichtlich heilbar anzusehen ist.

§ 7. Die Aufnahme eines Kranken ist binnen 24 Stunden der für die Anstalt zuständigen Ortspolizeibehörde vertraulich anzuzeigen.

Ist die Aufnahme ohne Mitwirkung der Polizeibehörde des Wohnortes erfolgt, so ist ausserdem dieser Behörde binnen derselben Frist vertrauliche Anzeige zu machen.

Diese Anzeigen sollen enthalten: den Vor- und Zunamen, den Geburtstag, den Familienstand, den Beruf und den letzten Wohnsitz des Kranken, den Aufnahmetag, den Namen seines etwaigen gesetzlichen Vertreters sowie die Angabe, auf wessen Veranlassung die Aufnahme erfolgt ist.

Abschrift der Stelle des Zeugnisses, in welcher die Nothwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird, und der Unterschrift des Arztes, ist beizufügen.

Ist der Kranke entmündigt, so ist dies anzugeben.

Bei der Uebernahme aus einer anderen Anstalt ist Abschrift des Uebergabescheines (§ 6a) und der ärztlichen Bescheinigung über die Nothwendigkeit weiterer Anstaltsbehandlung pp. (§ 6d) beizufügen.

Im Falle des § 3 sowie bei jeder Uebernahme eines Kranken aus einer anderen Anstalt (§ 6) ist die Aufnahme des Kranken unter Vorlegung des ärztlichen Aufnahme-Zeugnisses oder der in dem § 6 unter b und c genannten Schriftstücke binnen 3 Tagen nach der Aufnahme dem Kreisarzte anzumelden.

§ 8. Innerhalb der in dem § 7 Abs. 1 bezeichneten Frist ist die Aufnahme ferner dem Ersten Staatsanwalte desjenigen Gerichtes, welches für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Ersten Staatsanwalte desjenigen Gerichtes anzuzeigen, in dessen Bezirke die Anstalt liegt.

Die Aufnahme eines entmündigten oder eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten (§ 1906 B. G. B.) oder eines unter Pflegschaft stehenden (§ 1910 B. G. B.) Kranken ist ausserdem dem zuständigen Vormundschaftsgerichte anzuzeigen.

§ 9. Wird ein Angehöriger eines anderen deutschen Staates oder ein Ausländer aufgenommen, so ist dies ausserdem dem für die Anstalt zuständigen Regierungs-Präsidenten anzuzeigen. Hierbei ist unter abschriftlicher Mittheilung der Anzeige (§ 7) die Staatsangehörigkeit und der letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimathsstaate anzugeben.

II. Entlassung und Beurlaubung.

§ 10. Die Entlassung muss — unbeschadet der Vorschriften der §§ 11 und 12 — erfolgen:

1. wenn der Kranke geheilt ist;
2. wenn er soweit gebessert ist, dass er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint;
3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt (§§ 662—663 C. P. O.) oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 C. P. O.) oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss (§§ 675 ff. C. P. O.) wieder aufgehoben ist;
4. wenn der gesetzliche Vertreter des Kranken die Entlassung fordert.

In den Fällen des Abs. 1 Nr. 2 und 3 kann der Kranke nach Maassgabe der Vorschriften des Abschnittes III in der Anstalt verbleiben.

Beantragt ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt, noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maassgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrags zuständigen Ersten Staatsanwalte mitzutheilen.

Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags an den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Thatsachen nicht enthält und sich die Verhältnisse seit der Mittheilung des früheren Antrags nicht geändert haben.

§ 11. War die Aufnahme veranlasst: a) von einer Polizeibehörde aus sicherheitspolizeilichen Gründen, oder b) von einer Justizbehörde (Amtsgericht, Untersuchungsrichter, Staatsanwaltschaft) oder von einer Polizei- oder kommunalen Behörde unter Aufrechterhaltung einer gegen den Kranken stattfindenden Untersuchungs-, Straf- oder Korrektionshaft, so ist zur Entlassung die vorgängige Zustimmung derjenigen Behörde erforderlich, welche die Aufnahme veranlasst hat.

§ 12. Soll ein Kranker, welcher als für sich oder für andere gefährlich oder als für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist, entlassen werden, so ist unter Vorlegung einer Aeusserung des leitenden Arztes über den Zustand des Kranken die Zustimmung der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsorts einzuholen.

Der Einholung der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die unmittelbare Ueberführung des Kranken in eine andere Anstalt erfolgt.

§ 13. Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung des leitenden Arztes der Anstalt stattfinden.

Der Urlaub kann bis zur Dauer von 6 Wochen gewährt und aus besonderen Gründen bis zu einer Gesammtdauer von 3 Monaten verlängert werden. Ist bis zum Wiedereintritt des Kranken in die Anstalt der ertheilte Urlaub um mehr als 1 Woche überschritten, so bedarf es einer neuen Aufnahme (§§ 1—5).

Soweit es zur Entlassung des Kranken der Zustimmung einer Behörde bedarf (§§ 11, 12), ist deren Zustimmung auch zur Beurlaubung und zur Urlaubsverlängerung erforderlich.

§ 14. Von der Entlassung, einschliesslich der Ueberführung in eine andere Anstalt, und von einer Beurlaubung, deren Gesammtdauer 6 Wochen überschreitet, ist den in den §§ 7—9 bezeichneten Behörden sofort Anzeige zu machen. Der Tag der Entlassung (Ueberführung, Beurlaubung) und der Ort, nach welchem der Kranke entlassen (überführt, beurlaubt) ist, ist hierbei anzugeben.

*) Dringlichkeit der Aufnahme kann auch ohne erhebliche äussere Unruhe oder Gewaltthätigkeit der Kranken vorliegen.



Denselben sowie im Falle des § 11 den dort bezeichneten Behörden ist von dem Tode des Kranken, von einer Entweichung und von der Wiederaufnahme eines Entwichenen sofort Anzeige zu machen.

III. Bestimmungen über freiwillig Eintretende.

§ 15. Solche Kranke, welche Verständniss für ihren Eintritt in die Anstalt haben, können in den Anstalten, denen von dem Regierungs-Präsidenten die Genehmigung hierzu ertheilt ist, nach Maassgabe des § 17 Aufnahme finden.

§ 16. Das Gesuch um Ertheilung der Genehmigung (§ 15) ist bei dem Kreisarzte anzubringen und von diesem, mit gutachtlicher Aeusserung versehen, durch Vermittelung des Landrathes, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde, weiter zu reichen.

Die Genehmigung ist nur unter dem Vorbehalte jederzeitigen Widerrufs und der Regel nach nur solchen Anstalten zu ertheilen, in welchen ein Anstaltsarzt wohnt. Ausnahmen von dieser Regel können nur mit Zustimmung des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten zugelassen werden.

§ 17. Zur Aufnahme eines freiwillig Eintretenden ist erforderlich:

1. eine ärztliche Bescheinigung, dass der Aufzunehmende a) Verständniss für seinen Eintritt in die Anstalt besitzt und b) seinem Zustande nach für die Aufnahme geeignet ist,

2. die schriftliche Erklärung des Aufzunehmenden, dass er in die Anstalt einzutreten wünscht.

Steht der Aufzunehmende unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft, so bedarf es nur der zu 1b vorgeschriebenen ärztlichen Bescheinigung und der schriftlichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters.

Die Aufnahme ist binnen 24 Stunden der Ortspolizeibehörde der Anstalt vertraulich anzuzeigen unter Angabe von Namen, Alter, Stand, Beruf und Wohnung, zutreffenden Falles auch des gesetzlichen Vertreters.

§ 18. Die Entlassung muss erfolgen:

1. sofern der Kranke unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, auf Antrag des gesetzlichen Vertreters,

2. andernfalls auf Antrag des Kranken.

Der Antrag des gesetzlichen Vertreters darf nur dann vorläufig abgelehnt werden, wenn die Voraussetzungen des § 12 eingetreten sind und gemäss den dortigen Bestimmungen verfahren wird. Der Antrag des Kranken darf nur abgelehnt werden, wenn sich sein Zustand nach der Erklärung des leitenden Arztes in einer die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung bedingenden Weise verändert hat.

Wird ein Antrag auf Entlassung abgelehnt, so ist unverzüglich das in § 4 vorgesehene Verfahren einzuleiten. Führt dieses Verfahren zum Verbleiben des Kranken in der Anstalt, so sind die Anzeigen gemäss § 7—9 zu erstatten.

Die Entlassung oder der Tod ist alsbald der Ortspolizeibehörde (§ 17 Abs. 2) vertraulich anzuzeigen.

IV. Einrichtung und Leitung.

§ 19. Die Anstalten unterliegen den allgemeinen gesundheitspolizeilichen Vorschriften über die baulichen und technischen Einrichtungen von Krankenanstalten. Ausserdem gelten folgende besondere Bestimmungen:

1. Die Anstalten müssen, soweit es sich nicht um wirthschaftliche und Bureau-Angelegenheiten handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, der durch längere Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch zum Theil als Volontär — sich die nöthigen Kenntnisse verschafft hat.

In der Regel ist für die Leitung einer grösseren oder einer heilbare Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Thätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestande und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschliesslich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden. In besonderen Fällen ist nach Anhörung der Besuchs-Kommission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Mit dessen Zustimmung kann auch die ärztliche Thätigkeit an einer geeigneten grösseren Privatanstalt für Geisteskranke oder Epileptische oder an einer geeigneten grossen Abtheilung für Geisteskranke bei einem allgemeinen Krankenhause für die Ausbildung angerechnet werden.

2. Der Unternehmer der Anatalt bedarf für die eigene Uebernahme der ärztlichen Leitung oder für die Anstellung des leitenden Arztes der Genehmigung des Regierungs-Präsidenten.

Dabei ist zu verfahren wie in dem § 16. — Bei Anstellung des leitenden Arztes ist der in Aussicht genommene Vertrag und die Dienstanweisung beizufügen und sind bezüglich der Lage der Wohnung genaue Angaben zu machen, wenn der Arzt nicht in der Anstalt zu wohnen hat (3). — Auch die Vertretung ist in allen Fällen zu ordnen.

Die Genehmigung kann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren sie ertheilt worden ist, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Arztes sich dessen Unzuverlässigkeit in Bezug auf die ihm übertragene Thätigkeit ergiebt.

3. In Anstalten, in denen heilbare Kranke Aufnahme finden, oder welche für mehr als 50 Geisteskranke oder mehr als 100 Epileptische bestimmt sind, muss mindestens ein nach Vorschrift der Nr 1 ausgebildeter Arzt wohnen.

Ausnahmen können, sofern die Wohnung des Arztes in unmittelbarer Nähe belegen und durch Telephon verbunden ist, mit Zustimmung des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten gestattet werden.

4. Es soll in der Regel ein zweiter Arzt angestellt werden und in der Anstalt wohnen, wenn die Zahl der Geisteskranken 100 oder der Epileptiker 200 übersteigt. —

Ueber den Nachweis der psychiatrischen Vorbildung, bei welcher nicht die Bedingungen erfüllt zu werden brauchen, die an den leitenden Arzt zu stellen sind, entscheidet der Regierungs-Präsident evtl. nach Anhörung der Besuchs-Kommission. Die Anstellung, vor welcher der leitende Arzt gehört werden kann, unterliegt der Zustimmung des Regierungs-Präsidenten, dem auch die Dienstanweisung vorzulegen ist.

Der Regierungs-Präsident kann in besonderen Fällen gestatten, dass einer der beiden Aerzte in unmittelbarer Nähe der Anstalt wohnt, sofern telephonische oder sonst ausreichende Verbindung gesichert ist.

Falls ein ausnahmsweise geringer Wechsel und die Beschaffenheit der Kranken die Anstellung eines zweiten Arztes trotz eines Krankenbestandes, wie in Abs. 1 angegeben, nicht erforderlich erscheinen lässt, ist nach Anhörung der Besuchs-Kommission an den Minister der Medicinal-Angelegenheiten zu berichten. Ebenso ist zu verfahren, wenn die Besuchs-Kommission in einem bestimmten Falle eine Abweichung von den in 3 angegebenen Verhältnissen wegen der Besonderheit der Kranken für erforderlich oder für zulässig hält.

5. Sind mehr als 300 Geisteskranke oder mehr als 600 Epileptische in Behandlung, so kann für je 100 Geisteskranke und je 200 Epileptische die Anstellung eines weiteren Arztes angeordnet werden nach Maassgabe der Bestimmungen in Nr. 4.

§ 20. Der Unternehmer hat dem leitenden Arzte namentlich folgende Obliegenheiten zu übertragen.

1. Die Bestimmung über die gesammte Thätigkeit des Pflegepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege handelt.

Vor Einstellung des zur Pflege der Kranken bestimmten Personals muss der leitende Arzt über dessen Brauchbarkeit für den Krankendienst sich schriftlich äussern. Auch hat er die nöthige Ausbildung des Personals in der Krankenpflege zu beachten.

Gelangt die von ihm für nothwendig erachtete Entfernung eines Pflegers aus dem Krankendienste nicht zur Ausführung, so ist durch den Kreisarzt an den Regierungs-Präsidenten zu berichten.

2. Die Anordnung der einzelnen Kranken zu gewährenden besonderen Kost und Verpflegung.

3. Die Anordnung der Isolirung eines Kranken — abgesehen von Nothfällen, in denen jedoch die alsbaldige nachträgliche ärztliche Genehmigung erforderlich ist. Grund und Dauer jedes Falles von Isolirung ist ärztlicherseits in ein besonderes, hierfür bestimmtes Buch einzutragen.



4. Die Anordnung einer etwaigen mechanischen Beschränkung eines Kranken (durch sogenannte Jacken, Binden oder ähnliche Vorrichtungen). Die Eintragung geschieht wie in Nr. 3 in ein besonderes, hierzu bestimmtes Buch.

5. Die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen Anfragen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit die Anfragen sich auf den Zustand der Kranken, ihre Behandlung, Beschäftigung, Aussichten auf Genesung oder Entlassung pp. beziehen. (Vgl. auch §§ 6c, 12, 13, 18 Abs. 2 und 21, Ziff. 1, 2 und 3.)

6. Ausserdem darf der Unternehmer Verlegungen von Kranken, die Ordnung der Beschäftigung nach ihrer Art, Dauer, Beaufsichtigung im Allgemeinen, wie auch die des einzelnen Kranken, die allgemeine Regelung der Beköstigung, sowie die Vertheilung des Pflegepersonals auf die einzelnen Abtheilungen, Räume, Gärten u. s. w., die Festsetzung der Dienstzeit, von Nachtwachen, Transporten, Erholungsgelegenheiten nur unter Zustimmung des leitenden Arztes vornehmen. Es ist hierauf bei der Dienstanweisung (§ 19, 2) Rücksicht zu nehmen.

§ 21. 1. Für jeden Kranken müssen Personalakten mit ärztlicherseits geführter fortlaufender Krankengeschichte, worin auch die Behandlung in anderen Anstalten (§ 7) und das Vorleben zu berücksichtigen ist, vorhanden sein. Sie müssen die auf die Aufnahme, Beurlaubung, Entlassung, Entmündigung u. s. w. bezüglichen Schriftstücke geordnet enthalten.

2. Für jedes Mitglied des Pflegepersonals ist ein Aktenstück mit Namen, Alter, Dienststellung, Datum des Eintritts und ärztlicher Aeusserung (§ 20, 1) anzulegen. Zeugnisse und Ausweise sind anzufügen. Das Vorleben des Pflegepersonals ist, soweit erforderlich, durch Anfragen festzustellen. Der Regierungs-Präsident ist ermächtigt, den Erlass einer Dienstanweisung für das Pflegepersonal vorzuschreiben.

3. Es muss ein Hauptbuch (A) und eine Zu- und Abgangsliste (B) nach den beifolgenden Anweisungen geführt werden. Dabei sind in dem Hauptbuche und der Abgangsliste die Angaben über Art und Ausgang der Krankheit ärztlicherseits auszufüllen.

4. Es sind sämmtliche, die Errichtung und Verwaltung der Anstalt betreffenden Schriftstücke, Pläne, Verfügungen, Bescheide pp. geordnet in einer Generalakte zu vereinigen.

5. Am 1. Januar und 1. Juli jeden Jahres ist das statistische Formular (C) von dem Unternehmer auszufüllen. Zwei Exemplare sind bis zum 8. des Monats dem zuständigen Kreisarzte zu übersenden, welcher eins an den Regierungs-Präsidenten weiterreicht. Das dritte ist zur Generalakte zu fügen.

6. Der Unternehmer hat seine Vertretung in der Führung der Anstalt der Ortspolizeibehörde und dem Kreisarzt anzuzeigen.

Die Anordnung einer Vertretung muss in allen Fällen erfolgen, in welchen das Unternehmen durch eine nicht physische Person betrieben wird.

B. Vorschriften für Kranke im Alter unter 18 Jahren.

§ 22. 1. Zur Aufnahme in eine Anstalt bedarf es:

a) einer ärztlichen Bescheinigung, welche angiebt, aus welchen Gründen die Aufnahme in eine Anstalt zweckmässig oder nothwendig ist. Die Gültigkeit beträgt 3 Monate vom Tage der letzten Untersuchung,

b) des Antrags des gesetzlichen Vertreters oder des zur Unterstützung verpflichteten Armenverbandes.

Die Aufnahme ist, wie in § 17, Abs. 2 bestimmt, anzuzeigen, wobei der Beruf der Eltern anzugeben ist.

2. Die Bestimmungen der §§ 6 und 9 finden Anwendung.

3. Bezüglich der Entlassung gelten die Vorschriften der §§ 10—12. Anzeige der Entlassung ist, wie in § 18, Abs. 3 bestimmt, zu erstatten.

4. Beurlaubungen können unter Zustimmung des Arztes bis zur Dauer von 6 Monaten stattfinden, § 13, Abs. 3 findet Anwendung.

5. Bezüglich der Einrichtungen der Anstalten für jugendliche Kranke ist den allgemein gesundheitspolizeilichen Vorschriften genügend und in allen Theilen der Anstalt Rechnung zu tragen. Auf alle Räume und Einrichtungen, die für mit körperlichen Schwächezuständen Behaftete, für Unreinliche, Bettlägerige bestimmt sind, kommen ausserdem die Vorschriften über Krankenanstalten uneingeschränkt zur Anwendung.

6. Der Unternehmer hat seine Vertretung der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

7. In jeder Anstalt muss die ärztliche Thätigkeit genau geregelt sein. Ob die psychiatrische Vorbildung des anzustellenden Arztes im einzelnen Falle für genügend erachtet wird, entscheidet der Regierungs-Präsident nach Anhörung der Besuchs-Kommission.

Er hat auch nach Maassgabe der Vorschriften des § 19, Nr. 2 die Anstellung und die Dienstthätigkeit des Arztes, unter Berücksichtigung der Lage der Wohnung u. s. w. zu genehmigen.

Die in § 20 in Bezug auf den leitenden Arzt gegebenen Vorschriften finden entsprechende Anwendung auf den Arzt der Anstalt. Die unter Nr. 6 daselbst erwähnte Vertheilung des Personals u. s. w. ist in erster Linie auf die zur Pflege der Insassen bestimmten Personen zu beziehen. Soweit die Anstalt ausserdem bezüglich des Unterrichts und der Ausbildung bestimmte Aufgaben erfüllt, bleiben die Einzelheiten, auch die Verwendung des Personals hierzu dem Unternehmer der Anstalt überlassen, welcher jedoch, falls ärztlicherseits dem Zustand der Pfleglinge nicht entsprechende Maassregeln oder ein unzweckmässiges Benehmen des Personals festgestellt wird, alsbald Abhilfe zu schaffen hat. Anderenfalls ist nach § 20, 1, Abs. 3 zu verfahren.

8. Vollendet ein in einer Anstalt für jugendliche Kranke Verpflegter das 18. Lebensjahr, so ist sein Aufenthalt in der Anstalt unter Beifügung einer ärztlichen Aeusserung über seinen Zustand der Staatsanwaltschaft nach Maassgabe des § 8 anzuzeigen.

9. Ob ein Kranker nach Vollendung des 18. Lebensjahres in der Anstalt verbleiben kann, hängt von den Einzelheiten des Falles, insbesondere auch der Art der Anstalt ab.

10. Auf Anordnung des Regierungs-Präsidenten muss die Entlassung oder die Ueberführung eines Kranken in eine andere Anstalt auch vor Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgen.

C. Gemeinsame Bestimmungen.

I. Beaufsichtigung.

§ 23. Die Privatanstalten werden regelmässig durch den zuständigen Kreisarzt oder dessen Vertreter und ausserdem durch eine von den Ministern der Medicinal-Angelegenheiten und des Innern einzusetzende Besuchs-Kommission besichtigt.

§ 24. Die Besichtigungen finden in der Regel unvermuthet statt und zwar:

1. durch den Kreisarzt oder dessen Vertreter ohne besonderen Auftrag alljährlich zweimal, einmal im Sommer, einmal im Winter.

2. Durch die Besuchs-Kommission in der Regel einmal jährlich. Der zuständige Kreisarzt hat dieser Besichtigung beizuwohnen.

Ausnahmsweise kann mit Genehmigung des Regierungs-Präsidenten eine Besichtigung kurz vorher angemeldet werden.

Bei jeder Besichtigung sind die Aerzte der Anstalt zur Anwesenheit und Ertheilung von Auskunft verpflichtet.

§ 25. Der Kreisarzt oder dessen Vertreter hat über jede von ihm vorgenommene Besichtigung dem Regierungs-Präsidenten nach Anleitung des anliegenden Schemas (D) zu berichten. Bei besonders ungünstigem Ausfalle der Besichtigung hat dies alsbald zu geschehen.

§ 26. Die Besuchs-Kommission hat nach der Geschäftsanweisung vom 11. Mai 1896 — M. 2527 — zu verfahren und zu berichten, hierbei zur Abstellung vorgefundener Uebel-



stände die geeigneten Maassnahmen vorzuschlagen und Erwägungen von allgemeinem Interesse zur Kenntniss des Regierungs-Präsidenten zu bringen.

II. Schluss- und Uebergangsbestimmungen.

§ 27. Bei sämmtlichen auf Grund dieser Anweisung zu erstattenden Anzeigen, welche nicht mittelst Postbehändigungsscheins zugestellt werden, ist die benachrichtigte Behörde um eine Empfangsbestätigung zu ersuchen.

§ 28. Unter Aerzten im Sinne dieser Anweisung sind nur die im deutschen Reiche approbirten Aerzte (§ 29 der Gewerbeordnung) zu verstehen.

§ 29. An die Stelle des Regierungs-Präsidenten tritt für den ihm unterstellten Bezirk der Polizei-Präsident von Berlin.

§ 30. Die Vorschriften dieser Anweisung treten sofort in Kraft, soweit nicht in den folgenden Paragraphen etwas anderes bestimmt wird.

§ 31. Anstalten, denen die Genehmigung zur Aufnahme freiwillig Eintretender (A., Abschnitt III) unter anderen Voraussetzungen als unter denen des § 16, Abs. 1 ertheilt ist, dürfen künftig solche Kranke nicht aufnehmen.

§ 32. Bei den an Anstalten bereits thätigen Aerzten kann, solange sie bei derselben Anstalt verbleiben, vom Nachweise der im § 19, Ziff. 1 und 4 geforderten Vorbildung mit Zustimmung des Regierungs-Präsidenten abgesehen werden.

§ 33. Aus den im § 19, Ziff. 2, Abs. 3 angegebenen Gründen kann auch einem beim Inkrafttreten dieser Anweisung eine Anstalt leitenden Arzte die Genehmigung hierzu entzogen werden.

Berlin, den 26. März 1901.

Der Justizminister.
Schönstedt.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
In Vertretung:
Werner.

Der Minister des Innern.
In Vertretung:
Bischoffshausen.

A.

Das Hauptbuch ist derart zu führen, dass am 1. Januar jedes Kalenderjahres der Bestand — jedes Geschlecht getrennt — in der Art aufzunehmen ist, dass der am längsten in der Anstalt Befindliche mit Nr. 1 anfängt. An den Bestand reihen sich dann in fortlaufender Ziffer die im Laufe des Jahres neu Aufgenommenen an. Mit Ablauf des Jahres wird die Reihe geschlossen.

Die Kranken sind nach folgender Eintheilung einzutragen:

a. Fortlaufende Nummer.
b. Vor- und Zuname des Kranken,
c. Stand oder Gewerbe — bei Mädchen die nur im Hause der Eltern waren und bei Unmündigen Stand des Vaters.
d. Jahr und Tag der Geburt.
e. Religion.
f. Letzter Aufenthalt vor der Aufnahme.
g. Tag der Aufnahme.
h. Durch wen ist die Aufnahme veranlasst.
i. Bezeichnung der Form der Krankheit.
k. Datum der Entmündigung (Aktenzeichen).
l. Genaue Angabe des Vormundes oder Pflegers (Aktenzeichen).
m. Tag des Abgangs mit Angabe: ob geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben. — Im letzten Falle die letzte Krankheit oder sonstige Todesursache.
n. Bemerkungen.

B.

Die Zugangsliste enthält:

Fortlaufende Nummer.
Vor- und Zuname des Kranken.
Jahr und Tag der Geburt.
Aufnahme-Tag.
Nr. des Hauptbuches des Kalenderjahres.

Die Abgangsliste enthält:

Fortlaufende Nummer.
Vor- und Zuname des Kranken.
Jahr und Tag der Geburt.
Aufnahme-Tag.
Abgangs-Tag.
Angabe ob geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben.
Nr. des Hauptbuches des Kalenderjahres.



Privatanstalt ....

für

in

Bericht vom $\frac{\text{1. Januar}}{\text{1. Juli}}$ 19....

C.

Laufende Nr.	Namen	Namen der übrigen Aerzte inner- halb / ausser- halb der Anstalt wohnhaft	Zahl der vorhandenen Plätze für	M.	Fr.	Krankenbestand	M.	Fr.	Zugang seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Januar}}$ 19	M.	Fr.	Abgang seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Januar}}$ 19...	M.	Fr.	Zahl des Personals	M.	Fr.	Bemerkungen
	des leitenden Arztes des Unternehmers (Eigentümers) des Vorstehers Bemerkungen	Seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Januar}}$ 19 eingetretene Veränderungen	1. Klasse 2. „ 3. „ 4. „ Sa. Seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Jan.}}$ 19 vermehrt 1. Klasse um 2. „ „ 3. „ „ 4. „ „ Sa. vermindert 1. Klasse um 2. „ „ 3. „ „ 4. „ „ Sa.			1. Klasse 2. „ 3. „ 4. „ Sa. Davon werden verpflegt a) auf eigene Kosten oder der Familie b) auf Kosten von Kommunalverbänden etc. c) auf Kosten von Kommunen etc. d) ausserdem Das 18. Lebensjahr haben nicht vollendet (männl. / weibl. Pers.) in 1. Klasse „ 2. „ „ 3. „ „ 4. „ Sa. Entmündigt sind (M. / Fr.) in 1. Klasse „ 2. „ „ 3. „ „ 4. „ Sa. Freiwillig eingetreten sind Ausländer in 1. Klasse „ 2. „ „ 3. „ „ 4. „ Sa.			1. Klasse 2. „ 3. „ 4. „ Sa. Davon sind 1. erstmalig aufgenommen in die Anstalt a) freiwillig eingetreten b) aus der Familie etc. c) aus öffentl. Anstalten für Gkr., Epil., Id. und zwar: d) aus Privasanstalten für Gkr., Epil., Id. e) ausserdem 2. wiederholt aufgenommen in die Anstalt a) freiwillig eingetreten b) aus der Familie etc. c) aus öffentl. Anstalten für Gkr., Epil., Id. u. zwar d) aus Privatanstalten für Gkr., Epil., Id. e) ausserdem			1. Klasse 2. „ 3. „ 4. „ Sa. Davon sind (geheilt oder gebessert M. Fr. / ungeheilt M. Fr.) I. entlassen a) in die Häuslichkeit 1. selbständig oder in die eigene Fam. 2. in die Pflege zu fremden Familien b) in eine andre Anstalt für Gkr., Epil, Id. 1. öffentliche 2. private c) in andre Kranken- etc. Anstalten d) anderweit e) entwichen Sa. 2. gestorben darunter a) Selbstmord b) Tuberkulose			1. Pflege-personal Davon Ordensangehörige Diakone etc. seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Jan.}}$ 19 mehr weniger 2. ausserdem a) Bureau b) Dienst- etc. Personal seit $\frac{\text{1. Juli}}{\text{1. Jan.}}$ 19 mehr a) Bureau b) Dienst- etc. Personal weniger a) Bureau b) Dienst- etc. Personal			

D.

Schema

für den Bericht über die Besichtigung der Privat-Anstalten durch den Kreisphysikus.

I. Räume der Anstalt.

Lage, baulicher Zustand, etwaige Veränderungen.
Lüftung.
Beleuchtung.
Heizung.
Wasserversorgung.
Schlafräume.
Tagräume.
Beschäftigungsräume.
Flure.
Treppen.
Isolirräume.
Absonderungsgelegenheit für Kranke mit ansteckenden Leiden.
Feststellung, ob den Anforderungen bezüglich der Grösse genügt ist.
Reinlichkeit der Räume.
Ausstattung (Betten, Mobiliar).
Abschlüsse. (Sicherungen der Thüren, Fenster, Oefen pp.).
Badeeinrichtungen.
Aborteinrichtungen.
Entfernung der Abgänge, des Mülls.
Desinfektionsvorrichtungen.
Gärten und Spazierplätze.
Küche.
Wäscherei.
Etwaige Land- und Viehwirthschaft.
Sonstige Bemerkungen.

II. Die Kranken (. . . . . M. . . . . . Fr.).

Bettlägerige Kranke.
Beschäftigte Kranke, in welcher Art (Handwerk, Garten- und Feldarbeit, Hausarbeit).
Nicht reinliche Kranke. Vorkehrungen für dieselben.
z. Zt. etwa isolirte Kranke und deren Zustand.
Tuberkulöse Kranke, Vorkehrungen bezüglich derselben.
Etwa an andere Infektionskrankheiten Leidende, Unterbringung derselben.
Freiwillige Pensionäre . . . . . M. . . . . . Fr.
Ernährungszustand der Kranken (Verpflegung, Speisezettel).
Reinlichkeit des Körpers.
Etwaige Verletzungen, Entstehung derselben.
Kleidung.
Erkrankungsfälle, die zu besonderen Bemerkungen Anlass geben.
z. Zt. etwa angewandte mechanische Beschränkungen mit Besprechung dieser Fälle.
Etwaige Beschwerden der Kranken.
Geistliche Versorgung.
Unterhaltung und Geselligkeit.
Ausserdem sind in der Anstalt als Kranke befindlich nicht Geisteskranke: . . . . . M. . . . Fr. — wie getrennt?
Besondere Vorkommnisse seit der letzten Besichtigung.
Unglücksfälle.
Selbstmord.
Entfernung aus der Anstalt.

III. Personal.

Aerztliches — namentlich anzuführen —.
Wirthschaftspersonal (Zahl und Art).
Warte- und Pflegepersonal (soweit nicht aus dem statistischen Formular ersichtlich).

IV. Registratur.

Hauptbuch mit den Personalien der Kranken und den Einzelheiten des Zu- und Abganges (nach Anlage A eingerichtet).
Zu- und Abgangsliste (entsprechend Anlage B).
Personalakten der Kranken mit Aufnahme-Antrag.
Aufnahme-Zeugniss.
Bescheinigung des Empfanges der Zu- und Abgangsmeldungen.
Nachweis über Entmündigung,
„ „ Vormund,
„ „ Pfleger,
„ „ etwaige Beurlaubung —
mit ärztlich geführter Krankengeschichte.
Bücher für Isolirungen und Anwendung mechanischer Beschränkung.

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a.S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 3. 13. April **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Director Dr. Alt).

Die Behandlung der Epilepsie nach Toulouse und Richet.

Von Dr. *Friedrich Emil Helmstädt*-Tangerhütte.

In der Sitzung der Académie des Sciences am 20. November 1899 veröffentlichten Toulouse und Richet eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie, mit welcher sie ausserordentlich gute Resultate erzielt haben wollen.

Sie berichteten nämlich über den Einfluss einer an Chloriden armen Ernährung auf die Behandlung der Epilepsie mit Bromnatrium. Ausgehend von der Hypothese, dass die Wirkung eines Arzneimittels auf einer Durchtränkung (Imbibition) der Zellen mit diesem Arzneistoffe beruhe, und dass die Affinität der Zellen zu einem Mittel grösser, zu einem anderen dagegen geringer sei, glaubten sie, die Zellen für ein therapeutisch zu gebendes Salz empfänglicher machen zu können, wenn man ihnen ein entsprechendes Salz der gewöhnlichen Nahrung entziehe. Und indem sie diesen Satz auf die Behandlung der Epilepsie mit Bromsalzen anwandten, folgerten sie: Entziehen wir dem Organismus ein Salz der gewöhnlichen Nahrung, nämlich das Chlornatrium, so machen wir denselben empfindlicher für das therapeutisch zu gebende entsprechende Salz, nämlich für das Bromsalz. Wir haben dann nicht mehr nöthig, den Epileptikern die gebräuchlichen grossen Dosen des Bromsalzes zu geben, welche zur Unterdrückung der Anfälle bisher nothwendig waren und welche mit der Zeit zur Bromintoxikation führten.

Nach diesem Grundsatze behandelten sie 30 epileptische Frauen, d. h. also, sie verabreichten denselben eine kochsalzarme Nahrung und gaben denselben kleine Dosen Bromnatrium. Die tägliche Nahrung, welche diese Kranken bekamen, bestand aus 1000 gr Milch, 300 gr Ochsenfleisch, 300 gr Kartoffeln, 200 gr Mehl, 2 Eiern = 70 gr, 50 gr Zucker, 100 gr. Kaffee und 40 gr Butter. Die Menge der Chloride in diesen Nahrungsmitteln berechneten sie auf ungefähr 2 gr NaCl. Das sonst beim Backen dem Brode und bei der Bereitung den Speisen zugesetzte Salz, welches täglich 8 — 12 gr betrüge, wurde fortgelassen. Während dieser kochsalzarmen Ernährungsweise bekamen die Patienten täglich eine Dosis von 2 gr Bromnatrium.

Sie fanden nun, dass bei dieser Behandlung die epileptischen Anfälle, manchmal schon im Verlauf von weniger als einer Woche, vollständig aufhörten, wenn dieselben vorher auch noch so häufig aufgetreten



waren. Ausnahmsweise hätten sich noch abgeschwächte Anfälle in Gestalt von Schwindelanfällen eingestellt, die aber schliesslich auch verschwunden seien, wenn die Bromgaben auf 3 oder höchstens 4 gr täglich gesteigert worden seien.

Einige von den so behandelten Kranken hätten schon länger als 6 Monate weder Krampf- noch Schwindelanfälle gehabt. Sobald aber die Kranken zur gewöhnlichen Kost zurückgekehrt seien, wären die epileptischen Anfälle, trotz fortgesetzter Brommedikation sogleich wieder erschienen.

Sie schlossen daraus, dass nur die Combination der Brommedikation mit der kochsalzarmen Nahrung die guten Erfolge herbeigeführt haben könne.

Diese kochsalzarme Ernährungsweise übt nach ihren Beobachtungen keinen schädlichen Einfluss auf den allgemeinen Ernährungszustand der Kranken aus, wie sie es durch Körperwägungen, Temperaturmessungen etc. feststellen konnten.

Allerdings hätten sie die Kranken mit Sorgfalt überwachen müssen, da das Bromnatrium unter diesen Bedingungen gegeben, viel intensiver wirkte und schon bei der relativ geringen Dosis von 4 gr leicht Bromintoxikation herbeiführte. Daher halten sie es auch für angezeigt, diese Behandlungsweise nicht plötzlich zu unterbrechen, da sonst leicht eine unliebsame Verschlimmerung des Leidens eintreten könne.

Auch bei nicht vollständiger Entziehung des zur Nahrung zugesetzten Kochsalzes sollen die guten Erfolge bestehen geblieben sein. Sie fanden nämlich, dass man durch allmähliches Zufügen von Chlornatrium genau den Punkt feststellen konnte, wann genügend Kochsalz eingeführt war, um die Anfälle wieder erscheinen zu lassen.

Wie leicht sich eine dem Zweck entsprechende Ernährungsform herstellen liesse, zeige sich, wenn man den Kochsalzgehalt der gewöhnlichen Nahrungsmittel berechne. Die tägliche Gesammtnahrungsmenge, einschliesslich von 500 gr Brot (= 1 gr NaCl), enthalte nämlich nur ca. 3 gr Chlornatrium. Es würde demnach die gewöhnliche Nahrung schon fast vollkommen ihrem Regime entsprechen, wenn man nur bei der Bereitung das Hinzuthun von Kochsalz unterliesse. Man brauche also zur Erzielung des gewünschten therapeutischen Erfolges nicht eine Entziehung der nothwendigen Kochsalzmenge eintreten, sondern nur das von ihnen sogenannte „Luxuskochsalz" (chlorure de sodium de luxe) fortzulassen.

Für diese ihre Behandlungsweise, (welche sie, nebenbei gesagt, nicht nur bei den Krankheiten, bei welchen man alkalische Salze verordnet, für anwendbar halten, sondern auch bei den mit anderen Mitteln z. B. mit Chinin, Digitalis, Atropin u. s. w. behandelten Affektionen) schlagen sie den Namen metatrophische Methode (méthode métatrophique) vor.

Soweit die Autoren Toulouse und Richet.

Was nun zunächst die über diesen Gegenstand veröffentlichte Litteratur betrifft, so berichtet Oberarzt Dr. Näcke in No. 14 (1900) des neurologischen Centralblattes über die Erfolge, welche Toulouse mit seiner Behandlung der Epilepsie habe, wie er sich persönlich bei einem Besuche in Paris habe überzeugen können. Er theilt ferner mit, dass Toulouse der grösseren Einfachheit halber die zuerst verordnete Diät aufgegeben und entweder einfache Milchdiät oder die gewöhnliche aber ungesalzene Kost verabreicht habe. Die Erfolge seien auch hierbei ausgezeichnete gewesen.

Infolge dieses Artikels tritt Rumpf in Hamburg in einer Arbeit: „Bemerkungen zu der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet" den französischen Autoren entgegen. Er weisst zunächst die theoretische Begründung zurück, welche Toulouse und Richet für ihre Behandlungsweise aufstellen. Der Anschauung der Autoren, dass der moderne Stadtbewohner sich in einem Zustande der Hyperchlorirung befinde, weil er mehr Salz zu sich nehme, als er brauche, könne er nach den mehrjährigen Untersuchungen, welche er zusammen mit Prof. Denstedt über die Zusammensetzung des menschlichen Körpers in gesunden und pathologischen Fällen angestellt habe, nicht beitreten. Denn sie hätten bei einer grossen Anzahl von Menschen trotz reichlicher Kochsalzzufuhr keinen beträchtlicheren Kochsalzgehalt des Körpers finden können. Und das könne nur daran liegen, dass der Körper eine grosse Neigung besitze, das per os eingeführte Kochsalz wieder auszuscheiden. Da auch bei Fällen von Schrumpfniere mit urämischen Krampfanfällen und bei chronischem Alkoholismus, wobei doch auch Epilepsie vorkomme, sich nur ein geringer Chlornatriumgehalt des Körpers konstatiren liesse, so sei es wohl sehr unwahrscheinlich, dass die genuine Epilepsie von dem allgemeinen Gesetz eine Ausnahme mache. Es könne sich also der Körper nicht in einem Zustande der Kochsalzübernährung befinden, dadurch, dass mehr Salz eingeführt werde, als dieser brauche. Aber auch die Anschauung der Autoren Toulouse und Richet, dass an Stelle der Chlorverbindungen in die Gewebe Bromverbindungen eintreten, glaubten sie als unberechtigte Hypothese betrachten zu müssen. Denn Chlor und Brom müssten sich im Organismus verschieden verhalten. Die Verwandtschaft des Chlor zum Natrium sei so gross, dass von einer Substitui-



rung durch Brom keine Rede sein könne. Dagegen dürften nach ihrer Meinung die Bromsalze im Organismus grösstentheils zersetzt werden, da auch die verschiedenen Säuren eine grössere Verwandtschaft zum Kalium und Natrium hätten als das Brom. Sobald daher die Sättigung dieser Säuren mit Kalium und Natrium stattgefunden habe, dürften die Bromsalze den Körper unzersetzt passiren oder längere Zeit in demselben verweilen.

Soweit mir die betreffende Litteratur zugänglich war, fand ich grössere kritische Versuche mit dem von Toulouse und Richet vorgeschlagenen Regime noch nicht veröffentlicht; doch weisen einige Autoren darauf hin, dass sie eine ähnliche Kost schon lange verordnet haben.

Es wurde mir nun durch Herrn Dr. Alt, Director der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe (Altmark), in welcher über 600 Epileptiker verpflegt werden, in zuvorkommendster Weise gestattet, mich an der Beobachtung der auf der Kinderabtheilung an einer Reihe von epileptischen Kranken nach der Methode von Toulouse und Richet eingeleiteten Behandlung zu betheiligen.

Den Kranken wurde die kochsalzarme Nahrung in Gestalt reiner Milchdiät verordnet, welche sich um so leichter durchführen liess, als zu den Versuchen nur jugendliche Epileptiker im Alter bis zu 14 Jahren ausgewählt waren, bei welchen auch aus anderen Gründen eine möglichst reizlose Kost angezeigt war.

Die Milch hatte nach verschiedentlich vorgenommenen Analysen einen durchschnittlichen Kochsalzgehalt von 0,09 — 0,1 %; und da die Kranken ungefähr 2,0 — 2,5 l Milch täglich zu sich nahmen, betrug die Gesammtkochsalzmenge darin etwa 2 gr oder etwas darüber. Ausserdem wurde zu der Milch noch etwa 100 — 150 gr Zwieback verabreicht, mit einem Gehalt an NaCl von 0,5 %. Die Milchkost hatte demnach einen ungefähren Kochsalzgehalt von 3 gr.

Hier sei gleich erwähnt, dass nach mehrfach vorgenommenen Berechnungen die gewöhnliche Anstaltskost und Diät 10 — 12 gr Kochsalz enthält. Um einen Einblick in die Anstaltsernährung zu geben, folge hier ein Wochenspeisezettel, zuerst der gewöhnlichen Kost, dann der Diät.

I. Gewöhnliche Kost:

Sonntag Mittag: Graupensuppe, Schweinebraten, Kartoffeln, Sauerkohl.
Abend: Thee, Butterbrod mit Wurst.

Montag M.: Milchreis mit Bratwurstklöschen.
Ab.: Kartoffeln und Hering.

Dienstag M.: Wirsingkohl, Kartoffeln, Rindfleisch.
Ab.: Backobstsuppe.

Mittwoch M.: Weisskohl, Kartoffeln, Hammelfleisch.
Ab.: Mehlsuppe.

Donnerstag M.: Gekochten Seefisch, Kartoffeln, Mostrichsauce.
Ab.: Butterbrod und Käse.

Freitag M.: Grünkohl, Kartoffeln, Schweinefleisch.
Ab.: Gerstengrützsuppe.

Sonnabend M.: Linsen. Kartoffeln, frische Wurst.
Ab.: Brodsuppe.

II. Diät.

Sonntag M.: Graupensuppe, Kalbsbraten, Kartoffeln, Compot.
Ab.: Thee, Butterbrod mit Cornedbeef.

Montag M.: Reis mit Hammelfleisch.
Ab.: Milchsemmelsuppe.

Dienstag M.: Nudeln mit Rindfleisch.
Ab.: Backobstsuppe.

Mittwoch M.: Gräupchen und Hammelfleisch.
Ab.: Mehlsuppe.

Donnerstag M.: Gekochter Seefisch, Kartoffeln, Sauce.
Ab.: Thee, Butterbrot mit Cornedbeef.

Freitag M.: Bouillonkartoffeln, Rindfleisch.
Ab.: Gerstengrützsuppe.

Sonnabend M.: Maccaroni mit Rindfleisch.
Ab.: Milchsemmelsuppe.

Gleichzeitig mit Einführung der kochsalzarmen Nahrung wurde nun nach Vorschrift der französischen Autoren mit der Bromdosis heruntergegangen.

Es sei hier gleich erwähnt, dass zur einfacheren und gleichmässigen Dosirung des Broms in der Anstalt eine Lösung von 20 : 150 verordnet wird, sodass also 1 Esslöffel 2,0 gr und 1 1/2 Theelöffel 1,0 gr Bromsalz enthalten. Die Kranken hatten vor der Behandlung mit der kochsalzarmen Nahrung die gewöhnliche Anstaltskost und 1 1/2 bis 2 Esslöffel obiger Lösung, also 3,0 und 4,0 gr Brom eingenommen, was also der gewöhnlich bei Kindern verordneten Bromgabe entspricht. Einige Patienten bekamen Bromnatrium, die anderen Bromkalium.

Um nun die Versuchsanordnungen möglichst variiren zu können, wurden die Kranken in mehrere Gruppen eingetheilt, innerhalb welcher bei gleicher Kost die gleiche Brommenge gegeben wurde.

Es sollen hier nun zunächst die Resultate der eingeschlagenen Behandlung in der Reihenfolge der Gruppen aufgeführt werden. Die Versuche erstreckten sich über ca. 15 Wochen; davon entfallen die ersten 5 Wochen auf die gewöhnliche Anstaltsbehandlungs-Vorversuch, die zweiten 5 Wochen auf die eigentliche Behandlung nach Toulouse und Richet-Versuch, die letzten 5 Wochen auf die entsprechenden Controllversuche.

Gruppe I umfasst 4 Kranke.

	a Vorversuch	b. Versuch	c. Controlvers.
Kost	gew. Kost	Milchdiät	Milchdiät + 8 gr NaCl.
NaCl gehalt	10—12 gr	3 gr	ca. 11 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	2 Theel. = 1,3 gr	2 Theel. = 1,4 gr
Zahl d. Anfälle	77	137	116



Die Kranken, welche bei gewöhnlicher Anstaltskost, in der Zeit vor dem Versuche, 77 Anfälle haben, bekommen in der gleichlangen Zeit 137 Anfälle, während sie Milchdiät erhalten und während, wie Toulouse und Richet wollen, mit der Bromdosis erheblich, nämlich von 4 gr auf 1,3 gr, also auf den dritten Theil herabgegangen wird. — Toulouse ging von 12 gr auf 2 gr, also auf den sechsten Theil herab. — In der dritten Versuchsperiode wird bei gleichbleibender Bromdosis zur Milchdiät 8 gr Kochsalz täglich hinzugefügt. Trotz dieser Kochsalzzufuhr vermehren sich die Anfälle nicht, wie man nach Toulouse und Richet erwarten sollte, sondern sie gehen sogar etwas zurück, von 137 auf 116, wenn auch nicht auf die geringe Anzahl wie bei grösserer Bromgabe.

Gruppe II 3 Patienten.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	Milchdiät	gew. Diät
NaCl	10—12 gr	3 gr	10—12 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	2 Theel. = 1,3 gr	2 Theel. = 1,3 gr
Zahl der Anfälle	16	30	28

Die Gruppe unterscheidet sich von der vorigen dadurch, dass in der Controllperiode nicht reines Kochsalz zur Milchdiät zugefügt, sondern die Kochsalzvermehrung durch Einführung der gewöhnlichen Anstaltsdiät erzielt wird. Auch hier zeigt sich eine Zunahme der Anfälle bei Verabreichung der kochsalzarmen Nahrung und gleichzeitigem Herabgehen mit der Bromdosis von 16 auf 30 Anfalle, während bei der kochsalzreichen Diät trotz Beibehaltung der kleinen Bromgabe die Anfälle sich fast auf gleichem Niveau halten 30 : 28, jedenfalls keine Steigerung erfahren. Erwähnt sei hier noch, dass ein Patient dieser Gruppe überhaupt keinen Anfall in den 3 Versuchsperioden gehabt hat.

III 1 Patientin.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	Milchdiät	Milchdiät
NaCl	10—12 gr	3 gr	3 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	2 Theel. = 1,3 gr	2 Theel. = 1,3 gr
Zahl der Anfälle	130	134	123

Die kleine 11jährige Patientin, die bei einer täglichen Bromdosis von 4 gr und bei der gewöhnlichen Anstaltskost 130 Anfälle gehabt hat, hat in der darauffolgenden Zeit, in welcher Milchregime eingeführt wird und gleichzeitig mit der Bromdosis herabgegangen wird, in den ersten Wochen eine geringe Zunahme, in den folgenden 5 Wochen bei gleichbleibender Behandlung eine geringe Abnahme der Anfälle 134 — 123.

Gruppe IV 2 Patienten.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	Milchdiät	Milchdiät
NaCl	10—12 gr	3 gr	3 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	1 Theel. = 2 gr	2 Essl. = 4 gr
Zahl der Anfälle	76	99	12

Beim Herabgehen mit der Bromdosis von 4 gr auf 2 gr und bei gleichzeitiger Einleitung einer kochsalzarmen Ernährungsweise in Gestalt unserer Milchdiät vermehren sich die Anfälle von 76 auf 99. Dagegen vermindern sich dieselben bei Verabreichung der anfänglichen grossen Bromdosis und Beibehaltung der Milchdiät ganz erheblich, nämlich bis auf 12 Anfälle in der gleichen Versuchszeit.

Gruppe V 4 Patienten.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	Milchdiät	gew. Diät
Na Cl	10—12 gr	3 gr	10—12 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	1 Essl. = 2 gr	2 Essl. = 4 gr
Zahl der Anfälle	53	101	34

Diese Gruppe unterscheidet sich von der vorigen dadurch, dass in der Controllperiode statt der Milchdiät die gewöhnliche Anstaltsdiät mit einem durchschnittlichen Kochsalzgehalt von 10 — 12 gr eingeführt ist. Es zeigte sich nun, dass bei Verminderung der Bromgabe um die Hälfte und bei gleichzeitiger kochsalzarmen Nahrung die Anfälle stark in die Höhe gingen (52—101), während sich bei Verdoppelung der Bromeinfuhr dieselben trotz kochsalzreicher Nahrung bedeutend verminderten (101—34).

Gruppe VI 2 Patienten.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	gew. Diät	gew. Diät
Na Cl	10—12 gr.	10—12 gr	10—12 gr
Bromdosis	2 Essl. = 4 gr	1½ Theel. = 1 gr	1½ Essl. = 3 gr
Zahl der Anfälle	28	47	13

Bei dieser Gruppe wird keine kochsalzarme Ernährungsweise eingeleitet, sondern nur gewöhnliche Diät gegeben. Auch hier vermehren sich die Anfälle bei Verminderung der Bromdosis von 28 auf 47. Dieselben nehmen aber an Zahl beträchtlich ab bei der dreifachen Bromdosis und Weitergabe der Diät mit einem Salzgehalt von 10 — 12 gr. Die Zahl der Anfälle ist sogar geringer als in der ersten Versuchsperiode, in welcher bei gewöhnlicher Kost 4 gr des Bromsalzes verabreicht wurden.



Gruppe VII 2 Patienten.

	Vorversuch	Versuch	Controlversuch
Kost	gew. Kost	Milchdiät	gew. Diät
NaCl	10—12 gr	3 gr	10—12 gr
Bromdosis	1½ Essl. = 3 gr	1 Essl. = 2 gr	1 Essl. = 2 gr
Zahl der Anfälle	5	3	4

Bei Einführung der kochsalzarmen Milchdiät und Verminderung der Bromgabe um 1 gr gehen die Anfälle etwas herab und gehen um einen in die Höhe bei gewöhnlicher Diät und gleicher Bromzufuhr.

Soweit die Versuche in Bezug auf die Anzahl der Fälle. — Was nun den Ernährungszustand unserer Patienten betrifft, so ergaben die allwöchentlich vorgenommenen Wägungen, dass die meisten Patienten nach Ablauf der Versuchszeit eine, wenn auch zuweilen nur kleine, Gewichtszunahme gegen früher zeigten. Während der Ernährungsperiode mit Milch erlitten 6 Patienten einen Gewichtsverlust, während 8 an Gewicht zunahmen. Von Gruppe VI, welche auch in der eigentlichen Versuchsperiode gewöhnliche Diät, keine kochsalzarme Nahrung bekam, zeigt ein Patient Zunahme, einer Abnahme des Gewichts.

Aus alle dem ergiebt sich, dass man wohl nicht berechtigt ist, der bei dieser Behandlungsweise stattgefundenen Kochsalzentziehung einen schädlichen Einfluss auf das Körpergewicht zuzuschreiben.

Auch auf Pulszahl und Temperatur wurde ein Einfluss der kochsalzarmen Nahrung nicht beobachtet.

Dagegen zeigte sich während der Behandlung nach Toulouse und Richet bei den Patienten, welche Erscheinungen beginnender Bromvergiftung aufwiesen, dass dieselben vollständig schwanden. So ging bei einigen Kranken die bis dahin vorhandene Akne gänzlich zurück; die Reflexe, welche vorher geschwunden oder abgeschwächt waren, stellten sich wieder ein und wurden lebhafter.

Dieses Nachlassen der Erscheinungen von Bromintoxikation dürfte aller Wahrscheinlichkeit nach wohl mit der erheblichen Reduktion der Bromeinfuhr in Zusammenhang stehen.

Ueberblicken wir nun die erzielten Resultate mit der kochsalzarmen Nahrung nach Toulouse und Richet, so stimmen alle darin überein, dass bei Einleitung des von den französischen Autoren geforderten Regimes und gleichzeitiger Verringerung der Bromeingabe bei sämmtlichen Patienten die Anfälle an Zahl zunehmen. Ja, es zeigt sich sogar, dass im Widerspruch mit Toulouse und Richet, trotz Zufuhr von Kochsalz, entweder in Form von reinem Chlornatrium oder der gewöhnlichen kochsalzreichen Anstaltsdiät, die Anfälle nicht zunehmen, sondern trotz der kleinen Bromdosis an Zahl geringer werden. (Gruppe I und II). Die Gruppe IV könnte vielleicht für die kochsalzarme Ernährungsweise ins Feld geführt werden, denn die Anfälle nehmen hier, nachdem sie zwar anfänglich bei Verringerung des Bromdosis und bei Milchdiät eine Steigerung erfahren haben, bei Vergrösserung der Bromeinfuhr und bei Beibehaltung des Milchregimes beträchtlich an Zahl ab. Vergleicht man aber damit die folgende Gruppe (V), so sieht man, dass derselbe therapeutische Effekt erzielt wird bei Einführung der kochsalzreichen Diät und Vergrösserung der Bromgabe um das Dreifache. Es ist deshalb wohl auch bei Gruppe IV nicht die Kochsalzentziehung, sondern die Vergrösserung der Bromgabe die Veranlassung gewesen, dass sich die Anfälle verringerten.

Auch Tabelle III kann nicht für die Verminderung der Bromeingabe bei Einführung der Milchdiät sprechen, da trotz 10 Wochen lang dauernder Medikation die Anfälle an Zahl kaum geringer werden. Man sieht daraus vielmehr, dass es einzelne Fälle giebt, bei welchen auch die Höhe der Bromdosis keinen Einfluss auf die epileptischen Anfälle hat.

Gruppe VI zeigt, dass trotz Einführung strenger Diät die Anfälle sich steigern, wenn die Bromgabe herabgesetzt wird, während die Anfälle sich bedeutend verringern bei Vergrösserung der Bromgabe auch bei Beibehaltung der kochsalzreichen diätetischen Kost.

Was schliesslich die letzte Gruppe anlangt, so halte ich die Unterschiede der einzelnen Versuchsperioden für zu gering, um daraus irgend welchen Schluss ziehen zu können.

Nach diesen Versuchen übt also die Entziehung des Kochsalzes bei gleichzeitiger Verminderung der Bromdosis nach der Methode von Toulouse und Richet einen günstigen Einfluss auf das epileptische Leiden nicht aus. Aber auch die Zufuhr von der gewöhnlich den Speisen zugesetzten Kochsalzmenge ist nicht im stande, die Anfälle zu vermehren. Wohl aber merkt man aus den Versuchen, dass die Einführung einer diätetischen Ernährungsweise bei Darreichung einer entsprechend hohen Bromgabe wohl dazu fähig ist, die Anfälle zu vermindern.

Diese Beobachtung aber ist durchaus nicht neu. Da man eben gesehen hatte, dass Exzesse im Essen und Trinken die Anfälle, welche schon länger cessiert hatten, wieder hervorriefen oder verschlimmerten, so ist zu allen Zeiten bei der Behandlung der Epilepsie grosser Werth auf die Regelung der Diät gelegt worden. Deshalb schreiben auch alle Autoren bei ihrer sonstigen Behandlung der Krankheit mehr oder weniger strenge Diät vor und verbieten den Alkohol. Schon Tissot



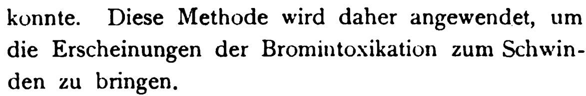
hält eine zu reichliche Ernährung für ein Gift der Epileptiker und betrachtet die Nüchternheit als die Basis der ganzen Epilepsiebehandlung. Seine schon vor 130 Jahren gegebene Diätvorschrift deckt sich noch fast vollständig mit der heutigen. Einige Autoren gehen sogar so weit, zu behaupten, dass durch die Diät allein die Epilepsie geheilt werden könne. So berichtet z. B. Wistocki, dass er mit ausschliesslicher Milchdiät, ohne jede weitere Medication, die er in 30 Fällen von Epilepsie verordnete, sehr günstige Erfolge erzielt habe. Hier würde es jedoch zu weit führen, alle die Diätvorschriften, welche für die Behandlung der Epilepsie angegeben sind, aufzuzählen*)

In neuerer Zeit war es besonders Alt, der schon vor Jahren darauf hinwies, dass „eine ganz hervorragende Bedeutung bei der Epilepsie und dem Zustandekommen epileptischer Anfälle leichterer und schwerster Art, den Magen- und Darmerkrankungen zuerkannt werden müsse. Ob es sich hierbei lediglich um starke peripherische Reizung im Vagosympathicusgebiet oder vielleicht auch um Autointoxikation handele, müsse vorderhand dahingestellt bleiben. Kranke, bei welchen Magen- und Darmleiden causal in Betracht kämen, litten meistens an ausgesprochener, visceraler Aura."

Deshalb empfiehlt er auch in allen denjenigen Fällen, in welchen die Krankheit mit einem Magen- und Darmleiden in Zusammenhang zu stehen scheine, erst diese zu beseitigen, eventuell mit Zuhilfenahme der Magenpumpe. Seien diese Störungen gehoben, so leiste das Bromkalium oft gute Dienste, während es vorher habe versagen müssen.

Nach grösseren Versuchen, welche in der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe seit längerer Zeit angestellt werden, zeigt sich, dass schon die blosse Regelung der Diät, schon die strenge Beobachtung irgendwelcher Kost, und sei es eine diätetische Fleischkost einen günstigen Einfluss auf das epileptische Leiden auszuüben vermag, und dass man mit Berücksichtigung aller ätiologischen Momente unter strenger Individualisierung im Verein mit der nothwendigen medikamentösen Therapie ausgezeichnete Resultate zu erzielen imstande ist.

Was nun die Kochsalzentziehung betrifft, so sind mit Darreichung von Chlornatrium und Brom schon mehrfach Versuche gemacht worden. Empirisch hatte man gefunden, dass man durch reichliche Kochsalzeinführung entweder per os oder durch subcutane Infusion die Ausscheidung des Broms beschleunigen



konnte. Diese Methode wird daher angewendet, um die Erscheinungen der Bromintoxikation zum Schwinden zu bringen.

Wie die Chlornatriumeinführung im Organismus wirkt, ob durch Anregung der Diurese oder durch Verdrängung der Bromverbindungen im Körper, hat man durch Thierversuche zu eruieren versucht; doch kommen die Untersucher noch zu theilweise widersprechenden Resultaten.

Dass das Brom längere Zeit im Organismus festgehalten werden kann, ist durch Untersuchungen von Nencki, Flechsig, Laudenheimer u. A. festgestellt worden. Nach den Versuchen von Kunkel (Würzburg) wird das meiste Brom im Blute zurückgehalten, aber auch im Gehirn und den Nieren, dem Hauptausscheidungsorgan des Broms, sind nachweisbare Mengen Brom aufgefunden worden. Auch die Thatsache, dass bei Bromeinfuhr die Ausfuhr des Chlornatriums grösser wird, als der Menge des eingeführten Kochsalzes entspricht, ist durch die von Laudenheimer angestellten Thierversuche erhärtet.

Versuche, die Dr. Fessel auf Veranlassung von Prof. Kunkel an Hunden und Katzen mit Eingabe von Bromnatrium und Chlornatrium angestellt hat, haben ergeben, dass kleine Mengen Kochsalz nicht imstande sind, die Retention des Broms im Organismus zu verhindern, während grössere Kochsalzgaben die Ausfuhr des Broms bedeutend zu beschleunigen vermögen.

So zeigte der Kochsalzhund am 35. Tage nach Aufhören der Bromeinfuhr die letzte Bromreaktion, während der nicht mit Kochsalz gefütterte Hund noch am 65. Tage, an welchem der Versuch abgebrochen wurde, noch sehr deutliche Bromreaktion aufwies.

Es wäre nach diesen Versuchen wohl nicht undenkbar, dass grössere Mengen Kochsalz, die mit der Nahrung eingeführt werden, bei der Behandlung der Epilepsie mit Bromsalzen, die Wirkung des Broms nicht zustande kommen lassen, da zur Unterdrückung der Anfälle erst eine individuell verschiedene Aufspeicherung des Broms im Organismus nöthig ist.

Aus diesem Grunde wurde eben, wie jetzt von Toulouse und Richet, so auch von anderen Autoren die Kochsalzeinfuhr bei der Epilepsiebehandlung auf das geringste Maass beschränkt. So verbietet schon Tissot ausdrücklich „toutes les salaisons", alles Eingesalzene. Auch Meyer und Wickel, welche mit der Flechsig'schen Opium-Bromkur gemachte Versuche neuerlich veröffentlicht haben, betonen ausdrücklich, dass sie bei ihrer Diät alle Gewürze fortgelassen und auch das Salz auf das mindeste Maass beschränkt haben. Auch Prof. Rumpf

*) Einen hierher gehörigen Ueberblick der Litteratur bringt Maurice de Fleury in dem Artikel der Société de Therapeutique (1900 No. 1): L'épilepsie toxi-alimentaire.



(Hamburg) schreibt: „Seit Jahren befolge ich bei der Behandlung der Epilepsie ein ähnliches Princip wie die französischen Autoren, indem ich Milch und vegetabile Diät an erster Stelle verordne, Fleischbrühe, Kaffee, Thee, Pfeffer, Senf und alle Extraktivstoffe auf das Strengste verbiete und die Speisen möglichst wenig gewürzt und gesalzen nehmen lasse." Daneben verordnet er, wie bekannt, seine auf- und absteigenden Bromdosen, d. h. also, er sucht die passende Bromdosis zu eruieren. Rumpf selbst sagt, dass seine Behandlung eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Verfahren von Toulouse und Richet habe; der Gedankengang, welcher ihn bei diesem Vorgehen beherrscht habe, sei allerdings ein völlig anderer gewesen, als derjenige der französischen Autoren. Es dürfte höchst wahrscheinlich sein, dass die Anhäufung gewisser noch unbekannter Stoffwechselproducte im Nervensystem zur Auslösung der epileptischen Anfälle die Veranlassung werde. Die Ausscheidung dieser aus dem Körper müsse man vor allem anstreben. Da aber die Nieren nur eine beschränkte Leistungsfähigkeit besässen, so müsste man dieselben vor überflüssigen Aufgaben zu schützen suchen durch Beschränkung des Eiweissstoffwechsels, der Einfuhr aller Extraktivstoffe und des Salzes, zumal man durch Einführung der Bromsalze eine gewisse Belastung bezüglich der Ausscheidung dieser eintreten lassen müsste. — Das Brom habe aber noch eine besondere Eigenschaft, auf die er aufmerksam machen möchte, nämlich die grosse Verwandtschaft mit manchen Stoffwechselprodukten z. B. den Cresolen, auf welche Baumann und Brieger aufmerksam gemacht hätten. Auch noch andere ähnliche Verbindungen des Harns, welche einen ausserordentlich penetranten Geruch hätten, reisse das Brom an sich. Jedenfalls sei es nicht undenkbar, dass das Brom mit gewissen Stoffwechselprodukten, welche zur Reizung des Nervensystems führen könnten, unschädliche und leichter ausscheidbare Bindungen eingehe und auch dadurch günstig auf das Leiden einwirke.

Toulouse und Richet gingen nun noch einen Schritt weiter, indem sie folgerten, dass man durch Beschränkung der Kochsalzeinfuhr auf die minimalste Menge, die Retention des Broms im Körper beschleunigen und damit die Wirkung im Körper erhöhen könnte.

Nach den oben angeführten Versuchen scheint aber ein Unterschied zwischen Einfuhr von 3 gr und 10—12 gr Chlornatrium in Bezug auf die Retention des Broms und der dadurch bedingten Wirkung auf die epileptischen Anfälle nicht zu bestehen. —

Auf der anderen Seite wird aber, besonders von den Anhängern der Autointoxikationstheorie hervorgehoben, dass man durch reichliche Einfuhr von Kochsalz und der dadurch erzeugten stärkeren Diurese auch die im Blute kreisenden Toxine, die nach Manquat alle löslich sind, leichter zur Ausscheidung bringen und so durch schnelle Entfernung dieser günstig auf das epileptische Leiden einwirken könne.

So ist es in der Anstalt Uchtspringe in einer Anzahl von Fällen gelungen, durch vermehrte Kochsalzdarreichung die Anfälle zu mindern oder zurückzuhalten und auch im Status epilepticus durch hypodermatische Kochsalzinfusion günstige Erfolge zu erzielen.

Auch Fleury wendet sich in der Discussion, welche sich an seinen Vortrag: „L'épilepsie toxi-alimentaire" anschloss, gegen die von Toulouse und Richet vorgeschlagene Kochsalzbeschränkung. Er glaube, die Interpretation ihrer Beobachtungen sei nicht streng exakt. Die vorgeschriebene Diät sei eben sehr leicht verdaulich, und das genüge schon, die Anfälle zu vermindern. Er verordne sogar ausser dieser Diät noch Kochsalz zu nehmen und mache Kochsalzinjektionen und erziele damit dieselben Resultate wie die genannten Autoren.

Und gerade die neueren Anschauungen über die Autointoxikation bei der Epilepsie haben der Therapie besagten Uebels wieder neue Wege eröffnet. Deuten doch viele Beobachtungen darauf hin, dass durch allmähliche Anhäufung von im Körper selbst gebildeten Giften die epileptischen Anfälle ausgelöst und dass diese Gifte im Organismus beim Stoffwechsel gebildet werden, die aber unter normalen Verhältnissen schnell wieder zu ungiftigen Componenten zerfallen. Das trifft z. B. zu bei dem carbaminsauren Ammonium, welches nach Krainsky der giftige Körper sein soll, der sich vor den epileptischen Anfällen im Organismus bilde, während derselben aber in Harnstoff und Wasser zerfalle.

Die Bildung dieser noch unbekannten Stoffwechselprodukte durch Einleitung strenger Diät hintenanzuhalten und die einmal gebildeten Gifte möglichst schnell zur Ausscheidung zu bringen resp. unschädlich zu machen, wird daher von allen Anhängern der Autointoxikationstheorie für eine Hauptaufgabe bei Behandlung der Epilepsie gehalten. Zu diesem Zwecke, glaubt man, eigne sich die Kochsalzeinführung in den Organismus am besten, besonders in Form von Salzwasserinjektionen, die den Blutdruck erhöhen und dadurch die den Geweben anhaftenden Toxine in Bewegung und zur Ausscheidung bringen soll. Andere Autoren glauben durch Diuretika und Herzmittel, nach der Methode von Bechterew, dieser Indi-



kation zu genügen. Wie man sich dabei die Wirkung des Broms denkt, zeigen z. B. die oben angeführten Ausführungen Rumpfs.

Noch sind aber die giftigen Stoffe, welche das epileptische Leiden verursachen und in gewissen Zwischenräumen die Anfälle auslösen, nicht festgestellt. Deshalb gilt auch heute noch als die Hauptsache bei der Epilepsie die individuelle Behandlung. „Einen Fall einmal sehen und eine Bromkur verordnen, ist eine höchst tadelnswerthe Nachlässigkeit", sagt schon der englische Neurologe Seguin. Nur wer keine Mühe scheut, durch sorgfältige Erhebung der Anamnese und Untersuchung des Kranken sich einen genauen Einblick in die Aetiologie der Krankheit und die Auslösung der Anfälle zu verschaffen, wird mit Anwendung aller Hilfsmittel der Therapie günstige Erfolge bei der Behandlung des epileptischen Leidens zu verzeichnen haben.

Die Erfolge aber, welche Toulouse und Richet thatsächlich mit der Anwendung ihrer metatrophischen Methode bei der Epilepsiebehandlung beobachtet haben, dürften wohl dadurch zu erklären sein, dass, neben der doch wahrscheinlich stattgefundenen Bettbehandlung, in der Hauptsache die strenge Regelung der Diät die guten Resultate herbeigeführt hat, ohne dass dabei der Kochsalzentziehung ein Einfluss beizumessen ist. Daneben aber kommt auch die Bromeinfuhr in Betracht, die, wenn auch vielleicht niedrig erscheinend, doch in genügendem Maasse stattgefunden hat. Die Empfindlichkeit gegen die Bromwirkung ist eben bei den Kranken eine individuell verschiedene. Gaben, welche bei einem Patienten noch keine Wirkung haben, unterdrücken bei anderen schon die Anfälle und rufen zuweilen sogar Intoxikationserscheinungen hervor. Und Toulouse und Richet fanden selbst, dass sie mit 2 gr Bromsalz nicht immer zum Ziele kamen, sondern zuweilen bis 4 gr steigen mussten, um die Anfälle zu unterdrücken.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Direktor Dr. Alt für die Anregung zu dieser Arbeit und für die vielfache Unterstützung Herrn Dr. Hoppe, Assistenzarzt an der Kinderabtheilung, meinen besonderen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Alt: Zur Behandlung der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1894, 12 und ff.

— I., II. u. III. Verwaltungsbericht der Landesheil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.

Fessel: Ueber das Verhalten des Brom im Thierkörper. Münch. med. Wochenschr. 1899. 39.

Kunkel: Ueber Bromretention bei Bromkalidarreichung. Autoreferat. Münch. med. Wochenschr. 1898. 28.

Laudenheimer: Ueber einige neuere Arzneimittel und Methoden der Epilepsiebehandlung. Therapie der Gegenw. 1900, Juli.

Leyden: Ernährungstherapie: Jolli; Epilepsie.

Magnus: Ueber die Veränderung der Blutzusammensetzung nach Kochsalzinfusion und ihre Beziehung zur Diurese Archiv f. experim. Pathol. und Pharmakol. 1899. Bd. 44.

Mauquat: Die Wirkungsweise hoher Dosen von Salzwasserinjektion, ref. Münch. med. Wochenschr. 1899. 2.

Maurice de Fleury: L'épilepsie toxi-alimentarie. Bulletin de la Sociéte de Therapeutique 1900, 24. Jan.

Meyer und Wickel: Zur Opium-Brom-Kur nach Flechzig (Zichensche Modifikation) Berl. klin. Wochenschr. 1900. 48.

Näcke: Die Epilepsiebehandlung nach Toulose und Richet Neurolog Centralblatt 1900. 14.

Rumpf: Chemische Untersuchungen des Blutes. Vortrag geh. a. d. 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. 1899.

Rumpf: Bemerkungen zu der Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet. Neurolog. Centralbl. 1900. 16.

Toulouse et Richet: Effets d'une alimentation pauvre ee chlorures sur le traitement de l'épilepsie par le promner de sodium. Comptes rendus hebtom. des séances de l'acadêmie des sciences. 1899. 21.

Weber: Neuere Anschauungen über die Bedeutung der Autointoxikation bei der Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. 1898. 26.

Wistocki: Beitrag zur Lehre über die Fallsucht und ihre Heilung. Kronika lekarska 1900. 6. Ref.

Mittheilungen.

— Psychiatrischer Verein zu Berlin. Sitzung vom 16. 3. 01.

1. Herr Moeli: Ueber Hysterie (mit Krankenvorstellungen).

M. stellt 2 Männer vor, 1. einen 40 jährigen vor 12 Jahren durch schweren Fall verletzten Kranken. Bei Gelegenheit gerichtlicher Untersuchung vor 10 Jahren wurde bereits Parese der linken Seite, Tremor, Analgesie und Hypästhesie, sowie eine Verschlechterung des Sehens links festgestellt. Die damalige Anstaltsbeobachtung und die genaue Darstellung in dem Gutachten ergaben keine Abweichungen der Pupillen, welche beide — auch die linke etwas weitere — gut reagirten. Jetzt von Neuem wegen verschiedener Schwindeleien in Untersuchung gezogen, zeigte X. eine Aufhebung der Reaktion auf Licht beiderseits mit — Verengerung bei Convergenz. Die linke Pupille war dauernd viel weiter, als die rechte. Eine Aenderung im Augenhintergrund war trotz mehrmonatlicher fortlaufender Beobachtung nicht festzustellen. Dagegen



fand sich erhebliche Hyperopie links. Vom Auge und Ohr wurde, sobald die Benutzung dieser Sinneswerkzeuge dem Pat. bekannt war, überhaupt keine Empfindung angegeben. Es wurde ein Anfall mit Angst und leichter Verwirrtheit in der Anstalt beobachtet. Der Kranke war sehr ungleichmässig und brachte eine Anzahl anscheinend von ihm ernsthaft gemeinter Ausreden über die ihm zur Last gelegten Handlungen und mehrfach unrichtige Behauptungen über seine Vergangenheit vor.

Die Prüfung mit dem Stereoskop und die unter besonderer Vorsicht vorgenommene Beobachtung im Dunkelzimmer erwies, dass mit dem linken Auge immerhin noch etwas gesehen werden musste. Der Telephonversuch ergab für das Gehör, dass bei gleichzeitiger Stromgebung in den linken Hörer die durch Einschaltung einer Wassersäule veränderliche Stromstärke auf dem rechten Ohr, von welchem immer das Spiel des Hammers gehört wurde, verstärkt werden musste. M. legt Gewicht darauf, dass bei telephonischem Vorsprechen von Worten — bald rechts, bald links, bald beiderseits — eine gleichzeitige Zuleitung zum linken Ohre wiederholt ein gewisses Zögern oder eine Unsicherheit der Antworten, eine überraschend dazwischen geschobene Reizung nur links zwar keine Antwort, aber zuweilen eine leichte mimische Bewegung, einige Male auch spurweise Bewegungen der Hand hervorrief.

Im Uebrigen waren die Zeichen der Hysterie so hervortretend, dass die vorhandene erst später eingetretene Lichtstarre und Zunahme der Mydriasis auf eine ausserdem noch vorhandene Affection bezogen werden musste.

2. Etwa 62 jähriger Mann in verwirrtem Zustand aufgefunden und zugeführt. Kann weder Familiennamen, noch Alter, noch Herkunft nennen. Meint ausser dem von ihm angegebenen Vornamen müsse er noch anders heissen. Jahr? 1896 oder 1918. Sei viermal verheirathet gewesen. Beruf? Müsse kein schlechtes Geschäft gehabt haben, da er reine Hände habe. — $2 \times 3? = 7$ $2 \times 2? = 5$. Will nicht sehen können, fixirt aber ein herabfallendes Geldstück. Spricht in unklarer Weise von Jesuiten und einer Reise in der Wüste. Hat am Hinterkopf und Nacken eine zwei handtellergrosse analgetische und hypästhetische Stelle. — 10 Tage unverändert. Es wird zunächst im Wachen durch Vorlegen der Kleider, der gezeichneten Strümpfe u. s. w. ein Theil des Namens und der Vorname in länger fortgesetzten Bemühungen und Versprechen aufgefunden. Am 14. Tag wird durch schwache Hypnose Namen, Alter, Stand, Beruf, Ereignisse der letzten Zeit etc. erinnerlich. Giebt an, dass er in bestimmter Strasse, wahrscheinlich durch Ausgleiten auf einem Obstreste, auf den Hinterkopf gefallen, vom Polizei-Revier durch Droschke hergefahren sei u. s. w. Die bald nachher entschwundene Erinnerung lässt sich in allen Einzelheiten hypnotisch von Neuem hervorrufen.

M. knüpft an die Demonstrationen folgende Ausführungen: Der nur bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit entstehende Ausfall von Sinneswahrnehmungen und willkürlichen Bewegungen wird für eine grosse Zahl von Fällen der Hysterie durch Autosuggestion nicht erklärlich. Weder ein bewusster Vorgang nach Art der Hypochondrie, noch ein möglicherweise eine Vorstellung überdauerndes Unlustgefühl ist durchweg nachweisbar, wenn auch die Rückführung der krankhaften Gefühle „auf ein intellectuelles Substrat“ wahrscheinlich und der psychogene Charakter der Symptome sichergestellt erscheint.

Der Vortr. hält unter diesen Umständen folgenden Zusammenhang für der Erwägung werth: Die Erwartung eines Sinneseindrucks, die lebhafte Vorstellung einer Sinneswahrnehmung oder willkürlichen Bewegung ist mit einer Erregung der bei der Wahrnehmung oder Bewegung selbst betheiligten nervösen Organe verbunden resp. durch sie bedingt. Dies beweisen bestimmte Empfindungen und Bewegungen (Gedankenlesen, Aenderung der Pupillen bei Vorstellungen). Ein Wegfall von Sinneswahrnehmungen auf psychischem Wege kommt auch sonst unter bestimmten Verhältnissen vor, (wofür Vertr. Beispiele anführt), er ist ein wesentlicher Bestandtheil der „Uebung“. Auch die willkürliche Bewegung wird unter Umständen durch den Gedanken daran beeinflusst. — Bei besonderer Beschaffenheit oder Erschöpfbarkeit der nervösen Organe, die durch physikalische Einwirkung geschädigten Theilen gehören, könnte die Sinneswahrnehmung ausfallen, weil die im zugehörigen Nervengebiete vorhandene Spannkraft bereits bei der Vorstellung verzehrt oder doch in irgend welcher Weise gebunden wird. M. verweist noch darauf, dass ein plötzlich ohne jede merkliche Vorbereitung einbrechender Reiz unter Umständen eine Reaktion, wenn auch nicht eine Wahrnehmung gebe, und bezieht sich namentlich auf die Untersuchung der Hörfähigkeit im ersten Falle.

Die Vorstellungsstörungen im zweiten Falle zeigen das charakteristische „Danebenantworten“, wobei zwar meist die richtige Einzelvorstellung ins Bewusstsein gehoben, aber doch der zur Frage gehörige generelle Vorstellungskreis erregt wird. M. erwähnt die Uebereinstimmung mit dem Ganser'schen Dämmerzustande, zugleich aber, dass auch der absichtlich falsch Antwortende, weil er den erregten richtigen Vorstellungskreis nicht ganz los werden kann, öfter einen ähnlichen Bescheid gebe. — Die Hypnose hat hier nur den hysterischen Ursprung, der schon aus dem Charakter des Leidens vermuthet wurde, klargestellt und die weitere Behandlung erleichtert. In wie fern Schlüsse auf den Ursprung der Anomalien unter besonderen Voraussetzungen gezogen werden können (O. Vogt), müssen weitere Beobachtungen und Betrachtungen lehren.

In der Discussion hebt Herr Oppenheim die Beziehungen zur pathologischen Simulation hervor, sowie die eventuellen Beziehungen zwischen mechanischer Einwirkung und Sitz der Erscheinungen.

2. Herr S. Kalischer: Ueber die Fürsorge für schwachbegabte Kinder. Kalischer hält die Besprechung dieses Themas hier insofern für angebracht, als die mit Kranken und Anstalten beschäftigten Aerzte gar nicht oder sehr selten diese leichteren Grade des Schwachsinns zu Gesicht bekommen. K. trat im Jahre



1896 dieser Frage näher, als in der Poliklinik die Eltern wiederholentlich über ihre schwachbegabten Kinder klagten, die in der Schule Jahre lang in den untersten Klassen sitzen bleiben, von den Mitschülern verspottet, von den Lehrern bestraft wurden, und zu Hause verkümmerten, oder den Rest ihrer Bildungsfähigkeit durch die Misserfolge völlig einbüssten. Die ersten poliklinischen Untersuchungen ergaben, dass von 400 schulpflichtigen Kindern der Poliklinik 130 die normale Klassenstufe nicht erreicht hatten; bei diesen 130 zurückgebliebenen Kindern hatten 79 körperliche Krankheiten, 15 Nervenleiden, 22 waren durch äussere Umstände zurückgeblieben, und 18 d. h. cr. 4 Procent der kranken Kinder haben lediglich wegen schwacher Begabung ihr Ziel nicht erreicht. Der Umstand, dass schon damals in cr. 30 Städten Deutschlands Einrichtungen für schwachbegabte Schulkinder bestanden und Berlin darin noch weit zurück war, veranlasste K. eine kleine Schrift zu verfassen: „Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten Kinder thun?" (Berlin 1899, Oehmighes Verlag), um dadurch für diese Frage, die in Lehrerkreisen schon lange das genügende Interesse fand, weitere Kreise zu interessiren. Dadurch gelang es K., mit der städtischen Schuldeputation in Verbindung zu treten und die Erlaubniss zur Untersuchung der Kinder von 10 Berliner Gemeindeschulen zu erhalten. Die Resultate dieser Untersuchungen sind in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift 1898 Nr. 1 „Untersuchung zurückgebliebener Schulkinder" kurz mitgetheilt. — Der Fragebogen, der in der oben erwähnten Schrift bereits mitgetheilt ist, wurde vor den Untersuchungen von den Lehrern ausgefüllt. Der Prozentsatz der Schwachbegabten schwankte in den verschiedenen Klassen zwischen 0,4 und 1,3; der der Schwachsinnigen zwischen 0,1 — 0,6 der Gesammtzahl der Schüler. — 1,5 Procent der Kinder erschienen geistig minderwerthig. In den 10 Schulen fanden sich nicht weniger als 11 Idioten, für die nur ein Aufenthalt in Internaten und Erziehungsanstalten in Frage kam, und die Zahl der Berliner Gemeindeschulen betrug damals 213. — Fünf Kinder waren sichtlich verwahrlost und es lag bei ihnen der Verdacht einer pathologischen Basis dieser Verwahrlosung sehr nahe. Für diese Kinder kam nur die Zwangserziehung in Erziehungsanstalten in Frage. Einige Knaben waren wegen Diebstahl, Hehlerei vorbestraft worden, darunter auch schwachsinnige, die verführt worden waren; andere waren wegen nächtlichen Vagabondirens, wegen unwiderstehlichen Hangs zum Lügen und Stehlen getadelt. In 2 Fällen handelte es sich um Psychosen und zwar bei einem 7jährigen Knaben um einen akuten Stupor nach traumatischer Einwirkung und bei einem 9jährigen Mädchen um periodische Erregungszustände auf hysterischer Basis mit Neigung zu phantastischen Lügen und Erfindungen. Störungen der Sprache bestanden bei 5%, der Nasenathmung bei 04%, der Sehschärfe bei 19%, des Gehörs bei 35%, des Nervensystems bei 10% der untersuchten Kinder; zweimal lag Epilepsie vor, zweimal cerebrale Kinderlähmung, 11 mal Kopfschmerzen, 11 mal Schielen etc. Auffallend war die vielfache Nebenbeschäftigung der Kinder oft in den frühesten Morgen- und in den spätesten Abendstunden durch anstrengende oder aufregende bezahlte Thätigkeit. Eines besonderen Unterrichts in Hülfsschulen oder Hülfsklassen bedurften 0,6% der untersuchten Schüler, das wären cr. 1000 Kinder der Gemeindeschulen. Für diese sind nun endlich als nothdürftiges Hülfsmittel in Berlin einige Nebenklassen mit besonderem Unterricht eingerichtet. — K. geht nun auf diese Einrichtungen, sowie auf die Art der Hülfsschulen und Klassen in anderen Städten näher ein und berücksichtigt dabei besonders die Berliner Verhältnisse und Forderungen. Schon cr. 90 Städte haben derartige besondere Einrichtungen, zum Theil mit besonderen Schulräumen, Gebäuden, Lehrkräften und Lehrmitteln, auch Werkstätten u. s. w. Die erste Hülfsschule wurde in Dresden geschaffen 1867. Von Aerzten hat Dr. Berkhan im Jahre 1880 in Braunschweig sich für die Institute bemüht. Neuerdings wies Laquer auf der Versammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden Mai 1900 auf diese Einrichtungen und besonders in Frankfurt a. M. hin. Die ärztliche Aufsicht und Berathung lässt in vielen dieser Hülfsschulen noch viel zu wünschen übrig, obwohl das Königl. Preussische Unterrichtsministerium in Rundschreiben und Berichten von 1892 und 1894 die grossen Erfolge dieser Einrichtungen und die Nothwendigkeit der Mithilfe des Arztes besonders hervorhebt. Gesetzlich besteht ein Schul- oder Unterrichtszwang für die schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder nur in einigen Städten und Provinzen, während für die ausgeschulten Blinden, Stotterer, Taubstummen ein gesetzlicher Unterrichtszwang nicht vorhanden ist. Die Hülfsschule wird stets einerseits mit der regulären Schule, andererseits mit Erziehungs- oder Idiotenanstalten zum gegenseitigen Austausch von Kindern in Verbindung stehen müssen. Die Lehrkräfte müssen in Erziehungs- oder Idiotenanstalten besonders vorgeschult sein. Die Anforderungen in Bezug auf die Erwerbung theoretischer Kenntnisse soll auf das mindeste Maass beschränkt werden; oft ist sogar vom Lesen und Schreiben Abstand zu nehmen und nur auf eine manuelle Geschicklichkeit, auf Ausübung von Handfertigkeit und Aneignung der alltäglichen Anschauungen Werth zu legen; ebenso ist die Zahl der Lehrstunden und ihrer Dauer zu beschränken. Turnen, Spielen, Freiübungen, Sprach-, Athmungsübungen sollen den Unterricht unterbrechen. Auch ausserhalb der Schulzeit können gemeinschaftliche Spiele und Beschäftigungen in den Schulräumen geübt werden. Die Vorbildung soll stets den späteren Beruf, einfache Handwerke, Arbeiten auf dem Land etc. im Auge behalten. Das Fortkommen der schwachbegabten Kinder in spätere Stellungen ist durch Wohlthätigkeits- oder Staatsmittel zu unterstützen, wie derartige Einrichtungen z. B. für Taubstumme schon in Preussen bestehen und selbst für Schwachsinnige in Sachsen. Da in den meisten Hilfsklassen und Schulen von den Lehrern Personalbogen für die einzelnen Kinder geführt werden, ist es werthvoll, den Militär- und Justizbehörden diese Gesundheitsjournale zugänglich zu machen, wo irgend ein Verdacht auf die



geistige Minderwerthigkeit im späteren Leben der Schwachsinnigen auftritt; hierdurch kann die Beurtheilung in fraglichen Fällen wesentlich erleichtert werden. — Berlin liess im Jahre 1894/95 93 von 183 000 Schulkindern wegen Zurückbleibens in der Schule Nachhilfsunterricht geben, während in der Erziehungs- oder Idiotenanstalt Dalldorf in diesem Jahre ca. 195 Zöglinge unterrichtet wurden. Diese Zahlen sprechen für sich. Dazu kommt, dass der Nachhilfe-Unterricht neben dem gewöhnlichen Schulunterricht die Schwachbegabten noch mehr belastet und anstrengt, als die gesunden Kinder. Die jetzt eingerichteten Nebenklassen enthalten je 12 Kinder und sollen die Kinder soweit fördern, dass sie entweder schulfähig werden, oder die ihnen erreichbare Vorbildung für das spätere Leben erlangen. Das Letztere dürfte bei einstufigen oder einklassigen Systemen kaum zu erreichen sein und der Unterricht der Schwachbegabten nach der Uebersiedlung in die gewöhnliche Schule braucht deshalb nicht erfolgreich zu sein, weil diese Kinder vorher bei dem individualisirenden Einzelunterricht gute Fortschritte in den Hilfsklassen oder Hilfsschulen machten.

Discussion: Möller:

Herr Möller bemängelt, dass der Vortr. sich bei seinen Untersuchungen nicht genauer an die Lehrpensa gehalten habe, nicht genügend die Combinationsfähigkeit der Kinder geprüft habe u. s. w., und spricht sich — besonders in Anbetracht der Berliner Entfernungen — gegen die Einrichtung einer Centralschule, hingegen für die Einführung von Hilfsklassen eventuell einer mit Internat verbundenen Hilfsschule aus.

Kalischer giebt zu, bei den Schuluntersuchungen, besonders in Bezug auf ihre genügende Berücksichtigung des Lehrkursus jeder Klasse am Beginn der Untersuchungen Fehler gemacht zu haben, zumal die erbetene Anwesenheit des Klassenlehrers bei der Untersuchung nicht gestattet wurde. Auch wurden die geistigen Fähigkeiten nicht in jeder Richtung (Aufmerksamkeit, Gedächtniss, Combinations-Fähigkeiten u. s. w.) geprüft, wie Möller es bei Erwachsenen in der Kalischer bekannten Dissertation that. Dazu reichte auch die Zeit nicht; es kam stets nur darauf an, festzustellen, ob andere Ursachen, oder ihre geringe Begabung und geistige Minderwerthigkeit allein für das Zurückbleiben in der Schule verantwortlich zu machen waren. (Autoreferat.)

Kaplan-Herzberge.

— Der Bericht über die vorjährige Landesconferenz der ungarischen Irrenärzte ist (von Dr. L. Epstein herausgegeben) nunmehr im Buchhandel erschienen; er umfasst 243 Seiten — eine stattliche Arbeit, die die ungarischen Collegen an den beiden Tagen der Conferenz geleistet haben.

— Der Gründer und Leiter der Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Hartheck bei Leipzig, Privatdocent Dr. Schütz, hat einen Bericht über die Wirksamkeit seines Instituts seit dessen Eröffnung (vor jetzt 9 Jahren) in elegant ausgestatteter Buchform (mit zahlreichen Lichtdrucken) herausgegeben (bei Carl Marhold, Halle a. S.). Aus der ursprünglich in Leipzig-Plagwitz gelegenen Privatklinik für Nervenkranke, welche Raum für nur 6—8 Personen bot, siedelte Sch. 1893 in das Landhaus Hartheck über und schuf durch mehrere Neubauten die jetzt zu einem gewissen Abschluss gelangte Anstalt. Dieselbe nimmt auch schwerere Geisteskranke auf, für welche ein besonderes Gebäude errichtet ist mit Aufnahme- und Wachabtheilung. Bei den Fenstern des letzteren sind die Gitter durch Schiebefenster vermieden, welche ein Oeffnen gestatten, ohne dass eine Person durch das geöffnete Fenster entweichen kann. In den Isolirzimmern sind Pätz'sche Fenster. Die Anstalt hat eigene elektrische Beleuchtung, eigene Wasserversorgung und eigene Klärgruben und Schleusen; Centralheizung. Beim Pflegepersonal ist das Prämiensystem eingeführt. Zahl der Aufnahmen 1899: 77.

—s—

Vierteljährliche Bibliographie*) über Kriminal-Anthropologie, Psychiatrie, Psychologie und Verwandtes.

Zusammengestellt von Oberarzt Dr. P. Näcke, Hubertusburg. (Vom 1. Januar bis 31. März 1901.)

Stern: Das Verbrechen als Steigerung der karrikaturhaften menschlichen Anlagen und Verhältnisse. Berlin 1901 (Selbstverlag). 26 Seiten.

Ferriani: Delinquenza precoce e senile. Como, 1901. 460 Seiten, 5 Lire.

Moll: Arzt und Richter. „Zukunft“, No. 15, 1901.

Leppmann: Ueber Ladendiebinnen. Ref., Neurolog. Centralbl. 1901, p. 44.

Bonhöffer: Ein Beitrag zur Kenntniss des grossstädtischen Bettel- und Vagabondenthums. S.-A. Berlin, Gultentag.

Giannuli e Najano: Un degenerato antropoide (continuazione e fine). Rivista mensile di neuropatologia e psichiatria, 1901. Gennajo.

Zuccarelli: Istituzioni di antropologia criminale. Lezoni 1 et 2. Napoli.

Forel: Ueber die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen. München, Reinhart, 1901. 23 Seiten.

Rohleder: Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Berlin, 1901. 494 Seiten.

Nina Rodriques: La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidemiques au Brésil. Ann. med.-psych. 1901, No. 1.

Rémond und Lagriffre: De la valeur sociale des dégénéres. Ibidem.

Soukhanoff: Contribution à l'étude des perversions sexuelles. Ibidem.

Winter: Criminelle Zurechnungsfähigkeit. The Journal of Ment. Science. Jan. 1901.

Dubuisson: Les voleuses des grands magasins. Archives d'anthropolog. crim. etc., 1901, p. 1.

Lacassagne: Affaire de la Villette. Ibidem, p. 33.

Vaccaro: La mafia. Ibidem, p. 49.

*) Auf absolute Vollständigkeit kann hier natürlich nicht gerechnet werden. Um Uebersendung von Separatabzügen schwer zu erreichender hierher bezüglicher Arbeiten an Dr. Näcke wird gebeten.



Bonnie: La repression du vagabondage et de la mendicité. Ref., ibidem, p. 74.

Friedmann: Ueber Wahnideen im Völkerleben. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Heft VI—VII. Bergmann, Wiesbaden, 1901.

Maack: Das Hautleisten-System an den Fingerspitzen. Einleitung. Wissenschaftl. Zeitschr. für Xenologie, No. 7 Jan. 1901.

Kellner: Ueber Kopfmaasse bei Idioten, Allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. 58. Bd., 1. H. 1901, p. 61.

Ganter: Ueber das Tätowiren, nach Untersuchungen bei Geisteskranken. Ibidem, p. 79.

Le Congrès pénitentiaire de Bruxelles, 1900. Ref. im bulletin de l'Union Internationale de droit penal. 1901, Berlin, Guttentag, 9. Bd., Heft 1. Darin besonders: l'organisation du service médical dans les établissements pénitentiaires und l'emprisonnement cellulaire.

Leppmann: Die Eigenart des heutigen Verbrecherthums. Ibidem, p. 149.

Raecke: Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes (bes. bei Untersuchungsgefangenen.) Allgem. Zeitschr. f. Psych. 58. Bd.

Ammon: Der Ursprung der sozialen Triebe. Ztschr. für Sozialwissenschaft. 1901, Heft 1.

Schreiber: Kleine Märtyrer. Die Woche, 1901, No. 9.

Salaris: Una centuria di deliquenti sardi. Archiv di Psych. etc. 1901, p. 1.

Favaro, Lombroso, Treves und Olivetti: le pieghe laterali dei solchi vestibolari della bocca. Ibidem, p. 34.

Burzio: Contributo allo studio delle stigmate psichiche degenerationi degli epilettici. Ibidem, p. 58.

De la Grasserie: De l'application et de la désapplication de la peine. Ibidem p. 65.

Lombroso: Il delinquente ed il pazzu nel dramma e nel romano moderno. Ibidem, p. 107.

Giuffrida-Ruggeri: Sopravvisvenze morfologiche iu crani di alienati. Ibidem, p. 123.

Bresadola: Un assassino delinquento nato. Ibidem, p. 134.

Kautzner: Verschiedene Fälle aus der gerichtsärztlichen Praxis. Archiv für Kriminalanthropologie etc. 6. Bd., 2. H., 1901, p. 97.

Goldfeld: Die forensische Bedeutung der Röntgenstrahlen. Ibidem, p. 161.

Martin: Zum Prozess Sternberg. Ibidem, p. 182.

Kornfeld: Gerichts-Aerzte. Ibidem, p. 191.

Krügel: Kriminell-chemische Notizen über das Arsen. Ibidem, p. 195.

Penta: Contributo clinico e medico legale allo studio delle psicosi da traumi. Revista mensile di psich. for. etc. 1901, p. 1.

Eisler: Ueber die Herkunft und Entstehungsursache des Musculus sternalis. Corresp. der deutsch. Gesellsch. für Anthropol. etc. 1900, p. 150. (Erschienen erst März 1901!)

Meissner: Scherben mit Fingereindrücken. Ibidem, p. 120.

Schmid-Monard: Ueber den Werth von Körpermassen zur Beurtheilung des Körperzustandes von Kindern. Ibidem, p. 130.

Benedikt: Alkoholismus und Verbrechen. Juristische Briefe IV. Allgem. österreichische Gerichts-Zeitung.

Benedikt: Sexuelle Perversität und Strafrecht. Juristische Briefe V. Ibidem.

Bruck: Die Gegner der Deportation. Breslau, Markus, 1901. 121 Seiten.

Tarnowski: Répartition géographique de la criminalité en Russie. Archives d'anthrop. crim. etc. 1901. 2. Heft.

Servier: La peine de mort remplacée par la castration. Ibidem, p. 129.

Patel und Thevenot: Vitriolage du mont de Vénus etc. Ibidem, p. 142.

George: Considérations sur les exhibitionnistes impulsifs, thèse. Ref., ibidem, p. 165.

Petit: D'un classe de delinquants intermédiaires aux aliénés et aux criminels, thèse. Ref., ibidem.

Boïtcheff: Considerations sur les diverses causes de déterminisme dans le crime, thèse. Ref., ibidem.

Martin: Tatouage et détatouage, thèse. Ref., ibidem.

Tarde: L'action intermentale. Ibidem, p. 168.

Salillas: La teoria basica (bio-sociologia). Madrid, 1901. 2 Bde., à 757 und 741 Seiten.

Meyer: De psychiatrische Expert en de toerekenbaarheid. Psych. Neurol. Bladen, 6. Heft, 1900 (erst 1901 erschienen).

van Walsem: Demonstratie. Ibidem, p. 378.

Venturi: Come la psichiatria debba elevarsi allo studio dell' individuo e della sue attività nei rapporti colla società etc. Atti del X. Congresso della Società freniatrica italiana tenuto a Napoli dal 10 al 14 ottobre 1899. Reggio Emilia, 1900 (erst soeben ausgegeben), p. 327.

Zuccarelli: Anomalie craniche come contributo all' importanza dei caratteri degenerativi somatici. Ibidem, p. 337.

Meschede: Sopra l'ufficio e la competenza dei periti psichiatri nel giudizio sulla responsabilità. Ibidem, p. 339.

Del Greco: Sui delinquenti pazzi. Ibidem, p. 341.

Lojacano: Sulla corregibilità dei minorenni degenerati. Ibidem, p. 344.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Jena. Dr. Berger, Ass.-Arzt der psych. Klinik, wird sich für Psychiatrie habilitiren.

— Herr San.-Rath Dr. Peretti feierte am 1. April sein 25jähriges Dienstjubiläum im Dienste der rheinischen Prov.-Verwaltung.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beilage zur „Psychiatrischen Wochenschrift", III. Jahrg., No. 3.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Programm

der

Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte.

Die Versammlung wird am Montag, den 22. April, und Dienstag, den 23. April, in Berlin tagen und zwar im Hörsaale des neuen Gebäudes der Psychiatrischen und Nervenklinik (Charité). Die erste Sitzung beginnt am 22. April, Vormittags 9 Uhr, die zweite Nachmittags 1 Uhr, die dritte am 23. April, Vormittags 9 Uhr.

Tagesordnung:

I. Begrüssung der Versammlung und geschäftliche Mittheilungen.

II. Referate:

1. Ueber den jetzigen Stand der familialen Pflege Geisteskranker. Referent: Herr Geh. Rath Prof. Dr. Moeli (Berlin-Lichtenberg).
2. Ueber den heutigen Stand der pathologischen Anatomie der sogenannten functionellen Psychosen. Referent: Herr Privatdocent Dr. Heilbronner (Halle a. S.).

III. Vorträge:

1. Herr Prof. Dr. Siemerling (Tübingen): Zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse.
2. Herr Privatdocent Dr. E. Meyer (Tübingen): Zur Klinik der Puerperalpsychosen.
3. Herr Oberarzt Dr. Näcke (Hubertusburg): Ueber sog. Degenerationszeichen der wichtigsten inneren Organe bei Paralytikern und Geistesgesunden.
4. Herr Dr. O. Vogt (Berlin): Hirnanatomische Mittheilung.
5. Herr Privatdocent Dr. Bonhoeffer (Breslau): Bemerkungen zur Pathogenese des Delirium tremens.
6. Herr Dr. Kaplan (Berlin-Lichtenberg): Methoden zur Färbung des Nervensystems.
7. Herr Geh. Hofrath Prof. Dr. Baelz (Tokio): Besessenheit und religiöse Ekstase nach Beobachtungen in Japan.
8. Herr Prof. Dr. Hoche (Strassburg): Zur Aetiologie des Myxoedems.
9. Herr Prof. Dr. Sommer (Giessen): Ergebnisse der dreidimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten.
10. Herr Med.-Rath Prof. Dr. Wernicke (Breslau): Ueber die Aufgaben des psychiatrischen Unterrichts.
11. Herr Dr. Max Edel (Charlottenburg): Ueber Unfallpsychosen (mit Krankenvorstellungen).
12. Herr Dr. Henneberg (Berlin): Ueber Spiritismus und Geisteskrankheiten.
13. Herr Direktor Dr. Hebold und Herr Dr. Bratz (Wuhlgarten): Die Rolle der Autointoxication in der Epilepsie.
14. Herr Dr. Storch (Breslau): Ueber die Rindenveränderungen in einigen Fällen atypischer Paralyse Lissauer's.
15. Herr Direktor Dr. Brosius (Sayn): Ueber Irren-Hülfs-Vereine.
16. Herr Dr. Seiffer (Berlin): Ueber die spinale Sensibilitätsvertheilung.
17. Herr Dr. Warda (Blankenburg i. Th.): Ueber die sogenannten psychischen Zwangszustände.
18. Herr Prof. Dr. Pick (Prag): Demonstration.

Anmerkung. Die Herren, welche den Projektionsapparat zu benützen wünschen, werden gebeten, sich mit Herrn Dr. Henneberg (Berlin-Charité) in Verbindung zu setzen.

Am Vorabend der Versammlung, Sonntag, den 21. April, findet von 8 1/2 Uhr ab gesellige Vereinigung in den oberen Räumen des Spatenbräu, Friedrichstr. 172, statt.

Am 22. April, Abends 6 1/2 Uhr, findet ein gemeinsames Essen im Englischen Hause, Mohrenstrasse 49, das Gedeck ohne Wein zu 6 M., statt. Die Herren Collegen werden gebeten, bis zum 19. April ihre Betheiligung oder Nichtbetheiligung an dem Mittagessen anzeigen zu wollen unter gleichzeitiger Angabe der Zahl der mitkommenden Damen und Gäste.

Das Lokalcomité wird von den Herren Jolly und Moeli gebildet unter Mitwirkung der Herren Dr. Henneberg (Berlin-Charité) und Dr. Kaplan (Lichtenberg-Berlin, Herzbergstr. 79). Etwaige Anfragen bitten wir an einen der beiden letztgenannten Herren zu richten.

Der Vorstand.

Fürstner-Strassburg. Hitzig-Halle. Jolly-Berlin. Kreuser-Schussenried.
Laehr-Berlin-Zehlendorf. Pelman-Bonn. Siemens-Lauenburg.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 4. 20. April 1901.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die neue „Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" vom 26. März 1901.

Eine Osterüberraschung hat uns der Reichsanzeiger bescheert in seiner am Ostersonntag ausgegebenen Ersten Beilage zu Nr. 82 vom Sonnabend den 6. April 1901, welche eine von den Herren Ministern der Justiz, der Medizinalangelegenheiten und des Innern erlassene neue Anweisung über Unterbringung von Geisteskranken, Epileptischen und Idioten in Privatanstalten, datirt vom 26. März d. J., publizirt.*)

Eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens ist eine der schwierigsten Aufgaben, welche dem Gesetzgeber überhaupt gestellt werden können. Diese Erkenntniss ist wohl, wenigstens theilweise, der Grund, aus welchem das Reich, wie auch Preussen sich bisher gegenüber dem Drängen auf Erlass fester gesetzlicher Bestimmungen über das Irrenwesen ablehnend verhalten haben; theilweise beruht diese Zurückhaltung allerdings auch auf der ausgesprochenen Auffassung, dass eine strenge Kontrolle der Einrichtungen der privaten, wie öffentlichen Anstalten durch die staatlichen Aufsichtsbehörden und die von ihnen bestellten sachkundigen Revisoren wichtiger sei, als alle gesetzlichen Vorschriften. (Vergl. Verhandlungen des Reichstages vom 28. Januar 1899, S. 496 der Protokolle.) Man hat deshalb in Preussen jetzt wiederum den Verordnungsweg betreten. Wie schwierig indess auch diese Verwaltungs-Aufgabe ist, beweist schon der äusserliche Umstand, dass die neue Anweisung an Stelle einer Anweisung, die erst vom 20. September 1895 datirt und nach den Erklärungen des Regierungskommissars Gegenstand jahrelanger Vorberathungen war (Verhandl. des Abgeordnetenhauses vom 11. März 1896, S. 1283 des Prot.), und der sie ergänzenden Anweisung vom 24. April 1896 getreten ist. Die Verhandlungen des Abgeordnetenhauses und die mehrfachen Auslassungen in der Fachpresse liefern Beläge dafür, dass diese nun aufgehobenen Vorgängerinnen der neuen Anweisung von Missverständnissen und Angriffen nicht verschont geblieben sind. —

Ein Studium der jetzigen gemeinschaftlichen Verordnung der betheiligten Herrn Ressortminister ergiebt nun im Allgemeinen zweifellos einen wesentlichen Fortschritt an der Hand der gesammelten Erfahrungen auf dem Gebiete der jungen, nicht nur seit einem Menschenalter, sondern seit 1—2 Dezennien augenfällig entwickelten Wissenschaft der Psychiatrie. Für die Handhabung und Wirkung der neuen Vorschriften wird es namentlich von Werth sein, dass die Fassung an Klar-

*) Als Beilage enthalten in der „Psychiatrischen Wochenschrift", ebenfalls vom 6. April. III. Jahrg. Nr. 2.



heit gewonnen hat, dass die essentialia an die Hauptstelle gerückt und die grundlegenden Begriffe ausgebildet, dass vorhandene Lücken ausgefüllt und empfundene Härten in glücklicher Weise beseitigt worden sind.

Andererseits lässt sich kaum annehmen, dass alle neu eingestellten oder alle wiederum aufgenommenen Anordnungen allgemein gebilligt werden sollten. Es ist vielleicht angesichts dieser mühe- und verdienstvollen Arbeit das Bedauern darüber gerechtfertigt, dass sie nicht im Stadium des Entwurfs den mit der Irrenpflege praktisch betrauten Stellen, namentlich auch allen mit der Ausführung des Gesetzes v. 11. Juli 1891 befassten Selbstverwaltungsorganen zur Begutachtung zugegangen ist.

Im Einzelnen mögen folgende Bestimmungen von besonderer Bedeutung und der Erörterung werth erscheinen:

In dem an die Regierungs-Präsidenten gerichteten Begleitschreiben gleichen Datums wird eine, wenn auch nicht erschöpfende Definition des Begriffes Privat- oder öffentliche Anstalten gegeben. Danach sind im Sinne dieser Anweisung Privatanstalten „insbesondere" die von geistlichen und weltlichen Orden, Genossenschaften, Stiftungen u. s. w. begründeten und betriebenen Anstalten, dagegen nicht die vom Staat oder von Kommunalverbänden errichteten und unterhaltenen Anstalten. Es bleiben hiernach immerhin noch Anstalten übrig, die nicht vom Staat oder von Kommunalverbänden errichtet sind und doch auf Grund ihrer eigenthümlichen Verfassung und Statuten staatsseitig als öffentliche anerkannt worden sind (z. B. die Departementalanstalt zu Düsseldorf, die Anstalt St. Thomas zu Andernach). Für derartige Fälle wird, sofern Zweifel entstehen, die ministerielle Entscheidung einzuholen sein.

Die Ueberschrift der Anweisung zeichnet sich durch Kürze und Klarheit vor derjenigen der alten Anweisung von 1895 aus, welche bekanntlich zu dem Irrthum verleitet hatte, dass letztere nur auf Privat-Irrenanstalten Anwendung erleide. (Verh. des Abgeordnetenhauses vom 11. März 1896, S. 1277, 1279, 1282 ff.) Dieser Zweifel ist nun ausgeschlossen.

Die Anweisung gliedert sich in 3 Abschnitte:

A. Vorschriften für Kranke, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben.

B. Vorschriften für Kranke unter 18 Jahren.

C. Gemeinsame Bestimmungen.

Bereits in den mehrfach angezogenen Verhandlungen des Abgeordnetenhauses war gefordert und regierungsseitig in Aussicht gestellt, hinsichtlich der noch nicht 18 Jahre alten „Idioten", für welche wesentlich Erziehungsrücksichten in Frage kommen, erleichterte Aufnahme pp. Bedingungen, ebenso den betr. Anstalten mildere Vorschriften wegen ihrer Einrichtungen- pp. zuzugestehen. Diesem Wunsche entsprach zunächst die Nachtragsanweisung v. 24. April 1896, jedoch nicht nur für Idioten, sondern auch für Epileptiker unter 18 Jahren. Die neue Anweisung spricht unter Abschnitt B lediglich von „Kranken unter 18 Jahren", begreift hierunter also ausser den Idioten und Epileptikern auch die Geisteskranken. Ein innerer Grund, die jugendlichen Geisteskranken anderen Bestimmungen zu unterwerfen, als die Erwachsenen dürfte indess nicht anzuerkennen sein, da sie insbesondere an die psychiatrische Vorbildung des Anstaltsarztes genau dieselben Anforderungen stellen, wie jene. Mit Rücksicht auf die verhältnissmässig geringe Zahl der in Betracht kommenden Geisteskranken und die thatsächliche Entwickelung solcher Fälle in der Praxis kann jedoch hierüber hinweggesehen werden.

I. Die §§ 1—9 handeln über die Aufnahmevorschriften und bringen gegenüber dem bisherigen Rechtszustande keine Neuerung von grundsätzlicher Tragweite. Die einzelnen Anforderungen sind übersichtlicher zusammengestellt und mehrfach näher ausgeführt. Vortheilhaft schreibt § 2 für das ärztliche Zeugniss jetzt die genaue Angabe der „Krankheitszeichen" vor, während die früher nothwendige Aussprache darüber, „an welcher Form geistiger Störung" der Kranke leide, eine je nach dem Masse psychiatrischer Vorbildung mehr oder minder zu bewerthende subjektive Meinungsäusserung ohne ersichtliche objektive Unterlagen darstellte.

Die für dringende Fälle unter erleichternden Bedingungen zugelassene „vorläufige Aufnahme" (§ 3) muss künftig innerhalb 24 Stunden dem für die Anstalt zuständigen Kreisarzte angemeldet werden. Dieser hat binnen 3 Tagen nach Empfang der Anzeige den Kranken zu untersuchen. — Bei der vielfach grossen Entfernung und dienstlichen Inanspruchnahme des Kreisarztes war die bisher gesetzte Frist von 48 Stunden für die Untersuchung, von der Aufnahme ab gerechnet, zu knapp bemessen.

Für die Uebernahme eines Kranken aus einer anderen Anstalt (§ 6) ist eine gründlichere Ausstattung der dem Kranken von dem seitherigen behandelnden Arzte mitzugebenden ärztlichen Nachrichten mit Recht vorgeschrieben, um den in die Behandlung neu eintretenden Arzt in den Stand zu setzen, sich an der Hand der Beobachtungsergebnisse der Vergangenheit ein erschöpfendes Bild des Krankheitsverlaufs zu bilden.

Bei den vorgeschriebenen Anzeigen über die erfolgte Aufnahme (§ 7) ist eine dankenswerthe Neuerung



dahin vorgesehen, dass den in Betracht kommenden Polizeibehörden nicht mehr vollständige Abschriften der Aufnahmezeugnisse, mithin auch des oft diskrete Angelegenheiten behandelnden ärztlichen Fragebogens, sondern nur noch bestimmt formulirte Personalien mitgetheilt werden müssen und aus dem ärztlichen Zeugniss nur noch „Abschrift der Stelle, in welcher die Nothwendigkeit der Aufnahme bescheinigt wird und der Unterschrift des Arztes."

Neu ist weiterhin die richtige Vorschrift, dass der Kreisarzt auch über diejenigen Aufnahmen, bei denen er bestimmungsgemäss nicht mitzuwirken hat (Uebernahme aus einer anderen Anstalt, Aufnahme eines entmündigten Kranken auf Antrag des Vormundes) eine Meldung erhalten soll.

Dem Vormundschaftsgericht ist künftig von der Aufnahme eines unter vorläufige Vormundschaft gestellten (§ 1906 B. G. B.) oder eines unter Pflegschaft stehenden (§ 1910 B. G. B.) Kranken ebenso Mittheilung zu machen, wie von der Aufnahme eines Entmündigten. Ferner ist die Aufnahme eines Angehörigen eines anderen deutschen Staates in gleicher Weise wie die eines Ausländers anzuzeigen. Eine Verbesserung ist es, dass hierbei künftig neben abschriftlicher Mittheilung der polizeilichen Anzeige die Staatsangehörigkeit und (statt des oft nicht zu ermittelnden „Heimathsortes") der „letzte Wohnsitz des Kranken in seinem Heimathsstaat" anzugeben ist.

Im Uebrigen ist an den bisher nothwendigen Anzeigen Wesentliches nicht geändert.

II. Die anfechtbarsten Bestimmungen weist wohl der zweite Abschnitt über „Entlassung und Beurlaubung" auf (§§ 10—14).

Die Anweisung von 1895 ordnete bereits an, dass unter 2 Voraussetzungen die Entlassung erfolgen müsse, nämlich

1. wenn der Kranke geheilt ist
2. wenn der gesetzliche Vertreter die Entlassung fordert;

schränkte jedoch diese Sätze in bedenklicher Weise dahin ein, dass die Entlassung nicht ohne Zustimmung der Polizeibehörde, wenn letztere bei der Aufnahme mitgewirkt habe, erfolgen dürfe. Dadurch konnte also, wenn es der Polizeibehörde so gefiel, ein geheilter Kranker in der Anstalt zurückbehalten werden!

Leider hat die neue Verordnung mit diesem ganz unhaltbaren Grundsatz nicht völlig gebrochen. Sie fordert die Zustimmung derjenigen Behörde, welche die Aufnahme veranlasst hat zwar nicht mehr allgemein, aber doch dann, wenn die Aufnahme veranlasst war aus sicherheitspolizeilichen Gründen oder wenn der Kranke noch eine Untersuchungs-, Straf- oder Korrektionshaft zu verbüssen hat (§ 11), ferner wenn ein Kranker als für sich oder für andere gefährlich oder für die öffentliche Ordnung störend anzusehen ist (§ 12).

Diese Stellungnahme zu den Aufgaben der Anstalten kann nicht gutgeheissen werden. Ist ein Kranker geheilt oder — wie die Anweisung neu hinzufügt — „so weit gebessert, dass er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint" (§ 10 No. 12), so muss er aus der Anstalt entlassen werden — unter allen Umständen! Steht die Voraussetzung fest, so kann und darf eine Zustimmung oder Nichtzustimmung einer Behörde überhaupt nicht mehr in Frage kommen. Man verlässt den gesetzlichen Boden und macht sich einer widerrechtlichen Freiheitsberaubung schuldig, wenn man einen Geheilten aus polizeilichen pp. Gründen, die mit der Irrenpflege nichts zu thun haben, in der Irrenanstalt zurückhält. Die Irren- pp. Anstalten sind keine Gefängnisse und dürfen keine Gefängnisse werden! Dieser selbstverständliche Satz kann nicht entschieden genug auch hier wiederholt werden.

Ein richtiger Gedanke liegt der unrichtigen Formulirung allerdings zu Grunde. Gefangene, ehemals gefährlich gewordene Personen pp. sollen im öffentlichen Interesse nicht ohne Weiteres wieder losgelassen werden, sondern es soll der Staatsgewalt Gelegenheit geboten sein, sie wieder in ihre Gewalt zu bekommen, um noch nicht verbüsste Strafen zu erledigen u. s. w. Dieser Zweck darf aber nicht dadurch erstrebt werden, dass die rechtlich gebotene Entfernung aus der Irren- pp. Anstalt von dem Belieben einer Behörde abhängig gemacht wird, sondern kann nur dadurch verfolgt werden, dass der Anstaltsvorstand verpflichtet wird, von der bevorstehenden Entlassung der interessierten Behörde rechtzeitig Mittheilung zu machen, damit diese in die Lage versetzt wird, die ihr geeignet scheinenden Schritte zu unternehmen.

Dies ist ein Punkt, welcher den Nachweis liefert, dass wir auch in Preussen trotz allen guten Willens und Strebens der Staatsverwaltung auf die Dauer ohne ein Irrengesetz nicht auskommen. —

Zu den erwähnten nothwendigen Entlassungsgründen fügt die Anweisung vom 26. März noch einen vierten:

> „wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt (§§ 662—663 Z. P. O.) oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 Z. P. O.)



oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss (§§ 675 ff. Z. P. O.) wieder aufgehoben ist."

Aehnliche Fassungen sind seitens der Herrn Minister in den letzten Jahren in die meisten Provinzial-Irrenreglements trotz erhobener Bedenken hineingesetzt worden. Praktisch wird diese neue Vorschrift auch wenig Anlass zu Unzuträglichkeiten bieten, da die Fälle thatsächlich selten sind, in denen sich ein Konflikt ergeben kann. Begrifflich ist aber die Verbindung der Entmündigungsfrage mit der Frage der Entlassung aus der Anstalt nicht zu vertreten. (Zu vergl. Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Band 38, No. 50, S. 191 ff; Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie B. 44, S. 727 ff.). Durch die Ablehnung oder Aufhebung der Entmündigung wird nur dokumentiert, dass der Kranke rechtlich geschäftsfähig, dass er seine Angelegenheiten selbst zu erledigen befähigt ist. Dies schliesst aber nicht aus, dass derselbe Kranke noch des Aufenthaltes in einer Anstalt dringend bedürftig ist; die Entmündigung ist vielleicht grade deshalb abgelehnt, weil er nach ärztlichem Urtheile in absehbarer Zeit seiner Heilung entgegengeht. Und nun muss dieser Kranke entlassen werden? Warum? Es wird dadurch möglicher Weise der Heilungsprozess unterbrochen; die vorzeitige Rückkehr in widrige Familien- pp. Verhältnisse macht den Patienten erregt; die staatliche Fürsorge hat, statt zu fördern, den Kranken schwer geschädigt! —

Hinsichtlich der Entlassung trifft die Verordnung eine recht zweckmässige Verfügung: „Wenn ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung beantragt, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung massgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrages zuständigen Ersten Staatsanwalt mitzutheilen. Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags an den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Thatsachen nicht enthält und sich die Verhältnisse seit der Mittheilung des früheren Antrags nicht geändert haben." (§ 10, Abs. 3 und 4.) Hierdurch wird einerseits den Interessen und Wünschen der Kranken durch thunlichste Bestellung eines Rechtsbeistandes Rechnung getragen, andererseits aber auch ein gewisser Schutz für die Anstaltsleitung gegen allzu häufige Belästigung durch Berichterstattungen über besonders schreibselige Patienten geschaffen. Selbstverständlich hat der Erste Staatsanwalt über den Entlassungsantrag selbst nicht zu befinden, wie es wohl nach der Fassung scheinen könnte, da für diese Entscheidung nur die Aufsichtsbehörden zuständig sind.

Beurlaubungen (§§ 13, 14) dürfen künftig nur mit Zustimmung des leitenden Arztes stattfinden. — Wenn man es auch fast nicht für möglich halten sollte, dass gegen eine solche Regel verstossen werden könnte, so ist es doch gut und nothwendig, dass dieser Grundsatz ausdrücklich festgelegt wird. Es ist mit Freuden zu begrüssen, dass hier und an anderen Stellen die Anweisung darauf ausgeht, die Stellung des leitenden Arztes an den Privatanstalten zu stärken und dem Arzte den erforderlichen Einfluss auf alle das Wohl der Kranken angehenden Angelegenheiten zu sichern. —

Bisher konnte eine Beurlaubung nur auf die Dauer von 2 Wochen erfolgen. Nunmehr wird diese allgemein als zu kurz angesehene Frist auf 6 Wochen verlängert; sie kann aber aus besonderen Gründen auf eine Gesammtdauer von 2 Monaten ausgedehnt werden und erst dann, wenn der ertheilte Urlaub bis zum Wiedereintritt des Kranken in die Anstalt um mehr als 1 Woche überschritten ist, bedarf es einer neuen Aufnahme.

III. Eigenartig berührt eine Neuerung in dem Abschnitt III (§§ 15—18) über „freiwillig Eintretende" (früher: „freiwillige Pensionaire").

Die Anweisung von 1895 definierte die „freiwilligen Pensionaire" dahin, dass hierunter solche Kranke zu verstehen seien, die aus eigener Entschliessung in die Anstalt einzutreten wünschen. Weshalb man diesen wohl nicht anzufechtenden Begriff hat fallen lassen, kann nicht angegeben werden. Dafür wird jetzt der Abschnitt mit folgendem § (15) eingeleitet:

„Solche Kranke, welche Verständniss für ihren Eintritt in die Anstalt haben, können in den Anstalten, denen von dem Regierungs-Präsidenten die Genehmigung hierzu ertheilt ist, nach Massgabe des § 17 Aufnahme finden."

Vorbehaltlich besserer Belehrung bedauern wir für dieses Merkmal eines „freiwillig Eintretenden" nicht das nöthige „Verständniss" finden zu können. Was soll damit gesagt sein? Welcher Kranke hat „Verständniss für seinen Eintritt in die Anstalt?" Und wenn dies begrifflich klar gestellt ist, ist dies eine Eigenschaft, die nur dem „freiwillig Eintretenden" eignet? Sollte nicht auch dem zwangsweise Internirten bei seinem Eintritt in die Anstalt unter Umständen ein gewisses Verständniss dafür aufgehen, was mit ihm passiert? Zur Aufnahme eines „freiwillig Eintretenden" werden



nun dementsprechend folgende Unterlagen gefordert:

1. eine ärztliche Bescheinigung, dass der Aufzunehmende
   a) Verständniss für seinen Eintritt in die Anstalt besitzt und
   b) seinem Zustande nach für die Aufnahme geeignet ist,
2. die schriftliche Erklärung des Aufzunehmenden, dass er in die Anstalt einzutreten wünscht.

Es wird unerlässlich sein, den Aerzten, welche eine solche Bescheinigung abgeben sollen, zunächst eine Deklaration dieser Bestimmung und ihres Zweckes an die Hand zu geben. —

Erfreulich ist, dass die nach der alten Anweisung vielfach störend empfundenen Machtbefugnisse der „Ortspolizeibehörde", die namentlich in kleineren Orten gar nicht befähigt war, die ihr angesonnenen weittragenden medizinisch-technischen Entscheidungen zu treffen, da wo es geboten erschien, dem Regierungs-Präsidenten übertragen sind; so in dem oben angeführten § 15.

Von Wichtigkeit ist noch, dass dem Entlassungsantrag des gesetzlichen Vertreters des „freiwillig Eintretenden" nicht mehr „in jedem Falle" entsprochen werden muss, sondern dass der Antrag in dem Falle vorliegender Gemeingefährlichkeit (§ 12) vorläufig, d. h. vorbehaltlich der Einleitung des in § 4 vorgesehenen Verfahrens, abgelehnt werden kann. —

Der Abschnitt IV. (§§ 19—22) giebt in sehr gründlicher und erschöpfender Weise mehrfach erweiterte Vorschriften über die Einrichtung und Leitung der Privatanstalten.

Hervorzuheben ist, dass — wie schon oben bemerkt — auch hier das Bestreben ersichtlich ist, die Stellung des leitenden Arztes gebührend zu heben. Daneben werden die an den leitenden Arzt zu stellenden Anforderungen festgestellt. Anstalten, die nur Unheilbare aufnehmen, werden nicht für geeignet zur Ausbildung von leitenden Aerzten erklärt, geniessen aber auf der anderen Seite auch gewisse Erleichterungen. Dagegen befähigt nunmehr die Thätigkeit an einer „geeigneten grösseren Privatanstalt", mit Zustimmung des Ministers ebenfalls zu der Stellung eines leitenden Arztes. Es würde hier zu weit führen, alle Details zu erörtern. Eine Durchsicht der Anweisung ergiebt ohne Weiteres die auf diesem Gebiete erlassenen Zusätze und Ergänzungen, die durchweg empfehlenswerth erscheinen. Bemerkt sei nur, dass die stark differenzielle Behandlung der Anstalten für Geisteskranke und Epileptische in Bezug auf das vorausgesetzte Mass ärztlicher Thätigkeit trotz der hiergegen laut gewordenen Bedenken beibehalten, ja an einer Stelle noch verschärft ist. (§ 19 Nr. 5.)

Zu dem übrigen Inhalte der Anweisung findet sich ebenfalls Wichtigeres nicht anzuführen.

Möge der Fortschritt und das Gute dieser neuen Vorschriften den Anstalten und den Kranken zum Segen gereichen!

Mittheilungen.

— 59. Jahresversammlung der Medico-psychological Association von Grossbritannien und Irland.

(The journal of mental science vol. XLVI Okt. 1900 p. 803—815.)

Die 59. Jahresversammlung tagte am 26. u. 27. Juli 1900 zu London. Nachdem der bisherige Präsident J. B. Spence die Anwesenden begrüsst und einige geschäftliche Mittheilungen gemacht hatte, wurde zur Wahl der verschiedenen Vorstandschaften und Ausschüsse geschritten: Präsident: Fletcher Beach. Designirter Präsident: O. T. Woods. Schatzmeister: H. Hayes Newington Herausgeber der Zeitschrift: Rayner, Urquhart, Conolly Norman. Revisoren: Bower, White. Die Wahl eines Bezirkssekretärs für den südöstlichen, südwestlichen, nördlichen, mittelengländischen, schottischen und irischen Bezirk fiel auf die Herren Boycott, Macdonald, Crochley Clapham, Turnbull, Tinegau; als Generalsekretär wurde Jones gewählt; die Schriftleitung bei dem Ausschusse für das Unterrichtswesen erhielt Mercier, das Amt eines Registrators Benham.

In den Verwaltungsrath wurden pro 1900 sechs weitere Mitglieder berufen. Als Examinatoren für die psychologisch-medicinische Prüfung wurden je 2 Herren bestimmt für England, Schottland und Irland, desgleichen 3 für die Approbation des Pflegepersonals.

Auf Vorschlag wurden zu Ehrenmitgliedern ernannt die Herren: G. Adler, Blumer zu New-Jersey (Vereinigte Staaten), Oberarzt J. Bresler, Freiburg i. Schl. und Ant. Ritti-Charenton-Paris.

Hieran schloss sich die Ernennung von sieben ordentlichen Mitgliedern, welche von verschiedenen Herren in Vorschlag gebracht worden waren. Zu dem Berichte des Schatzmeisters bemerkte Wood, dem die Revision oblag, dass finanzielle Lage der Gesellschaft und Mitgliederzuwachs als erfreulich zu bezeichnen seien.

Nachdem Ersterer um Decharge gebeten, wies Mercier darauf hin, dass der Erlös aus dem Verkaufe der Zeitschrift, des Handbuches und aus den Annoncen sich vermindert hätte und hob den Posten von £ 134 für die Jahres-Haupt- und Bezirksversammlungen hervor; er hielt die Mitwirkung von



Berichterstattern bei den Bezirksversammlungen für unnöthig und den Satzungen widersprechend, empfiehlt eine ähnliche Einrichtung, wie bei den Versammlungen der britisch-medicinischen Gesellschaft (kurzes Autorreferat), drang aber nach längerer Debatte mit seinem Antrage nicht durch.

Hierauf dankte der Präsident den einzelnen Mitgliedern der *Vorstandschaft* für ihre Mühewaltung, insbesondere dem *Schatzmeister*, dem *Sekretär* für die Veranlassung von Demonstrationen und Vorträgen, für den Erfolg der *Quartalversammlungen*; ebenso ruhe auf den *Redakteuren der Zeitschrift* eine grosse Arbeitslast, deren Bewältigung später durch Ernennung von *Hilfsredakteuren* erleichtert werden solle. Desgleichen gebühre den *Bezirkssekretären* der Dank der Gesellschaft, sowie dem *Registrator*.

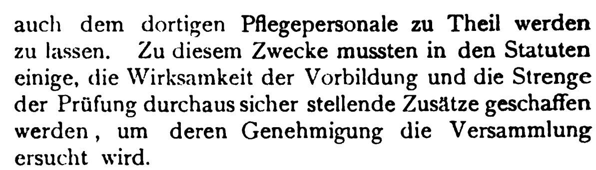
Im Namen der verschiedenen Vorstände dankt Benham für die warmen Worte der Anerkennung.

Es folgt alsdann die *Berichterstattung über die Thätigkeit der einzelnen Unterabtheilungen*. Namens des *parlamentarischen Ausschusses*, der 4 Sitzungen abhielt, referiert Hayes Newington; man hatte den Ausschussvorsitzenden ermächtigt mit dem parlamentarischen Ausschusse des Vereins des Grafschaftsrathes in Verhandlung zu treten, die aber resultatlos verlief, weil das Irrengesetz ohne Pensionsklausel eingegangen war und der Verein eine solche nicht einbringen konnte. Der betreffende Gesetzentwurf mit allen seinen, bereits früher seitens des Vereins beanstandeten Mängeln wurde zurückgestellt; zu begrüssen ist das Wiedererscheinen des § zur Erleichterung der frühzeitigen Behandlung Geisteskranker, die angestrebte Vereinigung der Grafschaften zur Gründung gemeinsamer pathologischer Untersuchungsanstalten. Ebenso fand die Mittheilung Beifall, dass der Parlamentarier Dr. Tarquharson zur gelegentlichen Einbringung der Pensionsklausel veranlasst worden sei. Bei Instruktion dieser Verhandlungen wurden über alle Grafschafts- und Stadtasyle werthvolle Informationen gewonnen, die nach Diskussion und Zustimmung im Ausschusse in einem gedruckten, zur Cirkulation bestimmten Memorandum niedergelegt werden, während die einschlägige Statistik späterem Gebrauche vorbehalten bleibt.

Ein Mitglied des parlamentarischen Ausschusses bittet ausscheiden zu dürfen, 4 werden neu gewählt, sodass sich derselbe aus 29 Mitgliedern zusammensetzt.

Bericht des Ausschusses für das Unterrichtswesen.

In seinen zahlreichen erfolgreichen Sitzungen hat sich der Ausschuss*) u. A. mit der Frage beschäftigt, ob die Approbation als Pfleger auch Angestellten aus Anstalten der Colonien und anderer Kronländer zu ertheilen sei, ein Wunsch, der von den gleichfalls dem Vereine angehörenden, überseeischen Anstaltsleitern geäussert wurde, nachdem im Mutterlande Kranke, Personal und Vorgesetzte die Organisation der Vorbildung und Prüfung gleich wohlthätig empfunden hätten. Der Ausschuss drang darauf, diese Wohlthat


auch dem dortigen Pflegepersonale zu Theil werden zu lassen. Zu diesem Zwecke mussten in den Statuten einige, die Wirksamkeit der Vorbildung und die Strenge der Prüfung durchaus sicher stellende Zusätze geschaffen werden, um deren Genehmigung die Versammlung ersucht wird.

Als Institute, welche dem Zwecke der Pflegerausbildung dienen sollen, empfiehlt der Ausschuss in England anzuerkennen:

Die Grafschaftsanstalten, die Stadtasyle, Leavesden und Coterham Asyle, die im Verzeichniss geführten Hospitäler und das Broadmoor Asyl für geisteskranke Verbrecher. Was die concessionirten Privatanstalten betrifft, so sei es wünschenswerth, dass sich jede derselben behufs Erlangung einer derartigen Befugniss an den Verwaltungsrath zu wenden habe.

In Schottland solle dieselbe Befugniss den k. und Distriktsanstalten zugesprochen werden, während Privatanstalten einzeln um diese Berechtigung nachzusuchen hätten. Bezüglich Irlands wurden vorgeschlagen: die Distriktsanstalten St. Patrick's Asyl, die Stuartsanstalt, die Dundrumer Anstalt für geisteskranke Verbrecher. Die Privatanstalten sollten einzeln um diese Vergünstigungen einkommen.

Mercier befürwortet die Annahme dieser Vorschläge, wobei er von Percy Smith unterstützt wird.

Clouston verbreitet sich sodann über die Abnahme der Anmeldungen zur psychologisch-medicinischen Prüfung; vielleicht schaffe eine an deren Stelle einzuführende Ehrenprüfung in Psychiatrie Abhilfe; Percy Smith betont die Nothwendigkeit, die jüngeren Assistenten zu diesem Examen aufzufordern.

Conolly Norman ist der Ansicht, dass Hören der klinischen Vorträge und 3 monatliche Vorbereitung in einer Anstalt für die Ehrenprüfung nicht genüge; in Irland würden Prüfungen dieser Art gehalten, die schriftlichen Arbeiten seien sehr schwierig und einer Ehrenprüfung entsprechend; wenn der Verein eine Ehrenprüfung einführen wolle, müsste man höhere Ansprüche stellen als die koncessionirten Körperschaften, namentlich sei eine längere Vorbildung erforderlich. Nachdem noch Douglas zur Debatte gesprochen, empfiehlt Clouston mit Conolly Norman: die Frage der Prüfung für Studierende der Psychologie solle dem Vorbildungsausschusse überwiesen werden.

Mercier schlägt Neuwahl des Ausschusses vor, Percy Smith secundiert ihm; Urquhart will alle die gestrichen wissen, welche keiner Verhandlung beiwohnten, mit Ausnahme der Psychologen von Fach, die ex officio Ausschussmitglieder wären; da die Pflegerprüfungen nunmehr derartig sich bewährt hätten, müssten alle dabei Interessirten auch angemessen vertreten sein. Nach kurzer Debatte wird der Antrag zurückgezogen. Der *Vorbildungsausschuss* besteht aus 37 *Mitgliedern*, *Vorsitzender* Percy Smith; *Sekretär* Mercier.

Bericht des Verwaltungsrathes.

Der Verein zählte 1899/1900 550 ordentliche, 36 Ehren- und 12 correspondierende Mitglieder, in Summa 598; im Vergleich zum Vorjahre 540, 38 12 = 590.

*) wie Mercier ausführte.

1898 waren es 524, 38, 12 = 574, was eine erhebliche Zunahme in den letzten 3 Jahren ergiebt. Ein Legat des † Dr. Paul im Betrag von 100 £ wird dankend angenommen.

Gestorben: 2 Ehrenmitglieder und ein ordentliches Mitglied; ausgetreten: 5.

Versammlungen.

Die Jahresversammlung im Juli v. J. zu London war gut besucht, der Präsident referirte über die Prophylaxe der Phthise in Irrenanstalten; Darauf folgte ein Vortrag in der Novembersitzung von France mit nachheriger Debatte.

Generalversammlungen fanden statt im November zu Baden, im Februar in West-Chichester Asyl und eine im vergangenen Mai zu London, auf welcher Maudsley und König-Dalldorf interessante Mittheilungen brachten. Allgemeine Anerkennung fanden die praktischen und mikroskopischen Arbeiten, die Diskussionen waren interessant und anregend.

Die Bezirksausschüsse haben je 2 Sitzungen abgehalten. Es fand eine Neuwahl von 63 Mitgliedern statt. Das Gedeihen des Vereins beruht grösstentheils auf dem Gedeihen seiner Unterabtheilungen, weshalb die Vorstandschaft wünscht in einigen derselben das Interesse vermehrt zu sehen.

Die ständigen Ausschüsse hatten eine grosse Arbeitslast zu überwältigen, sie haben werthvolle Resultate erzielt und es ist der Verein den einzelnen Comités für ihre ununterbrochenen Dienste verpflichtet.

Die Redaktionsleitung der Zeitschrift erhielt auf Ansuchen 2 Hilfsredakteure, Chambers und Lord, welchen jedoch ein Sitz im Verwaltungsrathe nicht zukommt; die Berufung derselben soll den von der Jahresversammlung zu ernennenden Herausgebern zustehen. Bericht und Rechnungsablage, die bereits vom Verwaltungsrathe angenommen waren, wurden auch von der Jahresversammlung genehmigt.

Pflege von Geisteskranken in irischen Armenhäusern.

Die in den verschiedenen Bezirksvereinen diskutirte Frage wurde dahin entschieden, es möge die Jahresversammlung den Schriftführer anweisen folgenden Beschluss an die lokalen Verwaltungsbehörden zu senden. Die medico-psychological Association v. Grossbritannien und Irland empfiehlt einstimmig, dass in kommunalen Armenhäusern, welche Geisteskranke verpflegen, für diesen Dienst gehörig qualificirtes und vorgebildetes Pflegepersonal angestellt werde.

In der Nachmittagssitzung legte der bisherige Präsident Spence sein Amt mit Dank nieder, worauf der neugewählte Jahrespräsident Fletcher Beach, den Vorsitz übernimmt.

Er giebt sodann einen Ueberblick über die Verluste, welche die psychiatrische Wissenschaft im vergangenen Jahr durch Tod erlitten hat und hebt die Verdienste der Dahingegangenen (Godding-Washington, L. Meyer-Göttingen, Serafino Biffi-San Celso, Reginald Santhey-London) gebührend hervor. Als Vortragsthema hatte er eine Beleuchtung der in den letzten 60 Jahren gemachten Fortschritte in der Behandlung gewisser, minderwerthiger Klassen der Gesellschaft wie Idioten, Imbecilen, geistig Minderwerthigen, der Epileptiker und der jugendlichen Verbrecher gewählt*).

Den nächsten Vortrag über Trunksucht, ihre Ursachen und Heilung hielt William Wyun Westcolt, Präsident der Gesellschaft für das Studium der Trunksucht.

Hayes Newington verbreitete sich über die Pläne des neuen Asyls für Ost-Sussex.

Orr, Pathologe am Grafschafts-Asyl zu Prestwich und Cowen, Ass.-Arzt dortselbst, brachten einen Beitrag zur Pathologie der allgemeinen Paralyse der Irren.

Shaw Balton demonstrirte Präparate und Projektionsbilder aus dem pathologischen Laboratorium des Londoner Asyls zu Claybury.

Watson projicirte Veränderungen in den Rindenzellen bei allgemeiner Paralyse. Sodann hielt Turner einen Vortrag mit Projektionen über einige Veränderungen in den grossen Nervenzellen der Geisteskranken in Hinsicht auf den Zustand, den man als „Reaction at a distance“ (sek. Degeneration) bezeichnet.

Robertson-Edinburg demonstrirte mikroskopisch die normale u. pathologische Histologie der Mesogliazellen.

Direktor Lewis C. Bruce und Ass.-Arzt H. de Maine Alexander berichteten über einige Beobachtungen, die bei verschiedenen physikalischen Untersuchungen gewonnen wurden während akuter und subakuter Stadien von Melancholie.

Beadles referirte über geisteskranke Juden.

Sullivan, Arzt am Gefängniss zu Pentonville brachte mehrere Fälle von Todschlag durch Alkoholiker.

Blair-Loncaster verbreitete sich über den Einfluss der Psychosen auf nervöse Glykosurien.

Edridge-Green sprach über psycho-physikalische Perception.

Wakelin Barret schilderte 2 Fälle von Leptomeningitis.

Shayer demonstrirte ein Angiom der Broca'schen Windung.

Ein gemeinschaftliches Mittagsmahl bildete den Schluss der Jahresversammlung, während welcher gleichzeitig der Edukations-, Parlaments-, Redaktions- und Tuberkulose-Ausschuss tagte. Der Verwaltungsrath versammelte sich am 26. Juli, es waren 23 Mitglieder desselben anwesend. Der Gaskell-Preis fiel an Maurice Craig, die bronzene Medaille erhielt Isterbrock für seine Arbeit über Organo-Therapie.

Es wurde des ferneren beschlossen: dass der Ausschuss für die Tuberkulosefrage, Mitglieder geeignet ersetzen und deren Zahl um 3 weitere vermehren könne.

Auch solle Mr. Chiffard Smith aufgefordert werden, dem Ausschusse als berathende Capizität beizustehen.

Schliesslich berichtete noch der Registrator, dass von 521 für die Maiprüfung des Pflegepersonals

*) Die einzelnen Vorträge folgen demnächst in besonderen Referaten.

gemeldeten Adspiranten 438 solche bestanden hätten; 3 Mediziner bewarben sich um das Reifezeugniss in psychologischer Medizin, welches ihnen auch ertheilt werden konnte.

Am 28. Juni 1900 tagte die Quartalsversammlung der irischen Abtheilung der Medico psychological Association von Grossbritannien und Irland in der II. Anstalt des Richmondbezirks zu Portrane Co. Dublin, wobei nachstehende Vorträge gehalten wurden:

1) Conolly Norman und Rambaut: Beitrag zum Studium der Rippenbrüche.

2) Leeper: Bemerkungen zu unserer gebräuchlichen Methode behufs Constatirung von Geisteskrankheit mit einigen Winken für die Zukunft (Original-Arbeit).

3) Douclan: Einige Bemerkungen über das Portrance-Asyl. Ein Vortrag Rambaut's über einen Fall sensorischer Aphasie konnte wegen Mangels an Zeit nicht mehr gehalten werden.

Herfeldt-Werneck.

— **Vom 8. internationalen Congress gegen den Alkoholismus (Wien, 9.—13. April 1901).** Ein Congress, dessen Gegenstand fünf Tage hindurch täglich 7—8 Stunden bis zum letzten Augenblick die Aufmerksamkeit von circa 500 Zuhörern fesselte, zu dem die Mehrzahl der europäischen Staaten Delegirte entsandt, dessen Mitglieder sich aus den Gebildeten aller Nationen recrutirten, an dessen Debatten sich Redner aus allen Ständen, Berufen und politischen Richtungen betheiligten, — Philosoph und Arbeiter, Anatom und Seelsorger, der Vertreter des russischen Absolutismus und der Sozialdemokrat, Nationalökonomen, Militärärzte, Frauen u. s. w. — ein Congress endlich, dessen Zusammentritt der Ministerpräsident eines unserer grössten Culturstaaten in offizieller Ansprache begrüsste und als dessen Ehrenvorsitzender der Cultusminister desselben Staats fungirte — ein solcher Congress kann sich, so muss man voraussetzen, nur mit einer tiefernsten Lebensfrage der menschlichen Gesellschaft beschäftigt haben. Wenn Lachen tötet, so hat die Antialkoholbewegung ihren ärgsten Gegner, ihren Todfeind bereits überwunden — es lacht Niemand mehr über diese grossartige Bewegung der Gesellschaft; speziell die Bevölkerung Wiens, welche unmittelbarer Zeuge des Congresses war, und die gesammte Wiener Presse hat den Verhandlungen desselben unausgesetzt eine verständnissvolle Würdigung, den Congressmitgliedern ein warmes, herzliches Interesse zu Theil werden lassen. Dem Kampf gegen den Alkohol ist, wenn sie ihm bisher fehlte, die Signatur eines Kulturkampfes aufgeprägt worden; er ist der Kulturkampf des 20. Jahrhunderts.

Wenn von den unserer Behandlung und Pflege anvertrauten Kranken mehr als $^1/_3$ ihr Leiden den mittelbaren oder unmittelbaren, den angeborenen oder erworbenen Schädigungen seitens des Alkohols verdankt, so erhellt daraus, welcher Antheil an der Antialkoholbewegung den Irrenärzten zufällt. Die österreichischen und schweizerischen Collegen haben die Bedeutung, welche der Psychiatrie in dieser Bewegung zukommt, richtig erkannt und sind ihr durch eine Reihe von Vorträgen, die in dieser Zeitschrift zum Theil in extenso erscheinen werden, gerecht geworden (Anton, Tilkowsky, Wagner v. Jauregg, Forel, Bleuler, Bezzola, Frank). Aus dem ganzen Congress habe ich aber auch den Eindruck gewonnen, dass das Interesse des Psychiaters für die Alkoholfrage nicht erst bei dem Punkte beginnen sollte, wo seine ärztliche Thätigkeit dafür in Anspruch genommen wird; er sollte sich auch an der allgemeinen Bewegung gegen den Alkoholismus, an dieser grosszügigen Volksprophylaxe durch Aufklärung und Belehrung betheiligen. Es ist ja freilich nicht Jedermanns Sache und Neigung, nach dieser Richtung hin in die Oeffentlichkeit zu treten; wer aber die erforderlichen Eigenschaften besitzt, sollte dieselben zur Förderung der Antialkoholbewegung verwerthen, der sollte unser Wissen von der anatomischen, physiologischen, psychologischen, hereditär-degenerativen, criminalistischen u. s. w. Bedeutung des Alkohols im Volk verbreiten helfen.

Als wirksamste Waffe im Kampfe gegen den Alkoholismus ist neben der Aufklärung das Beispiel der Enthaltsamkeit allseitig anerkannt worden; nun, der Umstand, dass der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebiets von Psychiatern repräsentirt wird, lässt hoffen, dass es an Zuwachs von psychiatrischer Seite nicht mangeln wird. Noch intensiver als das Beispiel des Einzelnen wirkt das Collectivbeispiel und in einzelnen Staaten geht man energisch mit der Beseitigung jeglicher Gelegenheit zum Genuss geistiger Getränke in öffentlichen Instituten (z. B. Cantinen) und mit dem Ersatz dieser Genüsse durch unschädliche und reellere vor. Auch die Irrenanstalt ist geeignet, die Rolle eines Massenbeispiels zu geben. Ganz abgesehen von den Vorteilen, welche die Irrenanstalt selbst in materieller und administrativer Hinsicht davon hat, den Alkohol in die Apotheke zu verdrängen, wird sich nicht durch Tausende von Entlassenen und Tausende von Besuchern die in suggestiver Beziehung höchst werthvolle Nachricht im Volke verbreiten, dass es sogar in der Irrenanstalt auch ohne geistige Getränke geht! Die niederösterreichischen Landesirrenanstalten können als Vorbild dienen; in ihnen werden Dank den Bemühungen der Anstaltsleiter geistige Getränke als Nahrungs- oder Genussmittel an Kranke nicht mehr verabfolgt und im Reglement der im nächsten Jahre zu belegenden niederösterreichischen Landesirrenanstalt Mauer-Oehling ist die allgemeine Abstinenz der Anstalt sogar zur statutenmässigen Vorschrift gemacht.

Auf einzelne Congressthemata, z. B. die Frage der Trinkerheilanstalten, konnte ich heute nicht eingehen; es war nur meine Absicht, in wenigen Worten die Consequenz aus dem Eindruck darzulegen, den ich auf dem Congress von dem und für den psychiatrischen Standpunkt gewonnen habe: dass nämlich die Alkoholfrage die grosse Frage des 20. Jahrhunderts werden wird und dass die Art unseres Berufs und der innige Zusammenhang der Psychopathologie mit jener Frage uns dazu zwingt, zu jener Bewegung sobald und wo immer möglich Stellung zu nehmen, wenn wir nicht in diesen Aufgaben hinter weniger berufenen Vertretern anderer Kreise der Wissenschaft und des praktischen Lebens zurückstehen wollen.

z. Zt. Wien, den 14. April 1901. Joh. Bresler.

(Der nächste Congress wird 1903 in Bremen tagen.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 5. 27. April **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Trinkerheilstätte und Irrenanstalt.*)

Von Prof. Dr. *Bleuler*, Burghölzli.

In der Behandlung der Trunksucht sind Theorie und Praxis noch weit auseinander. Wir wissen nun zwar, wie es gemacht werden sollte, aber es fehlt uns ein grosser Theil des Apparates und der menschlichen Hülfskräfte, die wir dazu benöthigen. So müssen wir uns zunächst mit den Einrichtungen behelfen, die bereits geschaffen sind. Speciell für die Trinker eingerichtet sind nur die Trinkerheilstätten. Es existirt aber — abgesehen von der Schweiz — deren nirgends eine genügende Anzahl, und zudem passen nicht alle Alkoholiker für dieselben, und auch diejenigen, die hineingehören, eignen sich nicht in allen Stadien ihrer Krankheit für die offene Behandlung. Von den überall bestehenden Hülfsmitteln sind die Irrenanstalten die wichtigsten und doch wollen sich weder diese Einrichtungen für die Alkoholiker noch die Alkoholiker für die Anstalten so recht eignen. Man betrachtet sie meist nur als ein faute de mieux. Und doch sind die Alkoholiker geisteskrank, so gut wie an alkoholischer Leberschrumpfung Leidende körperlich krank sind. Zum grossen Schaden für die Praxis will man aber das an vielen Orten nicht anerkennen, z. T. gewiss darum, weil diejenigen Elemente, die über solche Dinge entscheiden müssen, das bewusste oder unbewusste Gefühl haben, dass zwischen Leuten ihresgleichen und den Alkoholikern kein prinzipieller, sondern nur ein schwer zu definirender gradueller Unterschied bestehe. Für den Psychiater dürfen natürlich solche Schwierigkeiten nicht existieren, weiss er doch als Naturwissenschafter, dass es scharfe Grenzen zwar in der abstracten Jurisprudenz giebt, selten aber in der Natur und am allerwenigsten da, wo gesund und krank sich berühren.

Ein Theil der Trinker aber ist geisteskrank im engsten Sinne: die an einer Alkoholpsychose, namentlich dem delirium tremens, leidenden Kranken. Andere gehören aus therapeutischen Gründen in eine geschlossene Anstalt, indem ihre Einsicht oder ihre Willenskraft nicht genügend sind, um eine zwangslose Heilung zu gestatten. Für solche Kranke existirt vorläufig nichts als die Irrenanstalt, und es ist wohl ein frommer Wunsch, in absehbarer Zeit geeignetere Einrichtungen für sie zu finden. Auch kann sie, wenn richtig geführt, manchen Bedürfnissen in genügender Weise entsprechen.

Die Absicht und die theoretische Möglichkeit,

*) War als Vortrag für den 8. internationalen Congress gegen den Alkoholismus bestimmt.



ganz geschlossene Trinkerheilstätten oder solche Anstalten mit einzelnen geschlossenen Abtheilungen zu schaffen, bestehen allerdings. Ich kann aber nicht glauben, dass diese Bestrebungen in so kurzer Zeit praktisch zu solcher Bedeutung kommen werden, dass man damit rechnen kann. Die allen Verständnisses bare saloppe Anwendung der Paragraphen, welche die Zwangsheilung von Trinkern ermöglichen sollen (Deutschland, Kt. St. Gallen) beweist, dass die jetzige Generation von Beamten für diese Aufgabe hoffnungslos verloren ist. Und sollte es auch bald gelingen, in grösserm Maassstabe Zwangsheilstätten mit Detentionsrecht zu gründen, so fehlten diesen unter Anderm wieder die leitenden Kräfte mit genügender Schulung, sowie das durchaus nothwendige Verständniss weiterer Kreise für ihre Bestrebungen.

Wie haben sich nun Irrenanstalt und Trinkerheilstätte in die Aufgabe zu theilen?

Man kann, in Beziehung auf die Behandlung, die Trinker in drei grosse Gruppen eintheilen. 1. Die leichteren Fälle, die durch private Thätigkeit, namentlich in Vereinen, geheilt werden können*), 2. die mittleren, welche noch Einsicht und Charakterstärke genug haben, um bis zur Genesung in einer Trinkerheilstätte zu bleiben, und 3. diejenigen, welche vorübergehend oder dauernd einer geschlossenen Anstalt bedürfen. Die erste Kategorie soll uns hier nicht beschäftigen. Sie ist gross in den Ländern, wo die Macht der Trinksitten bereits einen Stoss erlitten hat und die Abstinenzvereine genügend organisirt und ausgebreitet sind, sehr klein in den Ländern, in denen der Kampf gegen den Alkohol erst beginnt. In die beiden andern Klassen haben vorläufig Irrenanstalt und Trinkerheilstätte sich zu theilen.

Die Schwere des Alkoholismus ist abhängig von der Quantität der genossenen Getränke, von der Dauer des „übermässigen" Genusses, von der Gesellschaft, in der der Patient verkehrt hat, und vor allem von der Disposition. Wenn ich auch die anderen Momente nicht unterschätze, halte ich das Letztere für weitaus das wichtigste. Nicht jeder, der viel trinkt, wird zum Säufer, nicht jeder Säufer wird zum Alkoholiker in dem Sinne, dass er ausser der Willensschwäche, welche das unmässige Trinken unterhält, wie sie (oft) durch dasselbe entstanden ist, noch andere ausgesprochene körperliche oder geistige Zeichen des Alkoholismus aufweist; der eine trinkt sich eine Leberschrumpfung, der andere ein Fettherz, der dritte eine Geisteskrankheit an und unter den Gruppen der an alkoholischen Psychosen Leidenden giebt es wieder die verschiedensten Bilder — alles, ohne dass man einen diese Variationen bestimmenden Einfluss der Art oder Menge der genossenen Getränke, noch die begleitenden Umstände verantwortlich machen könnte. Es müssen also da persönliche Factoren mitspielen, die wir in Ermanglung genauerer Kenntnisse mit dem allgemeinen Namen „Disposition" bezeichnen.

Die „Disposition" ist aber in erster Linie nothwendig zur Erzeugung des Alkoholismus überhaupt. Allerdings kann der normalste Mensch zum Säufer werden, wenn die äussern Verhältnisse so sind, dass seine Willenskraft nicht genügt, ihn vor dauerndem übermässigem Alkoholgenuss zu bewahren. Am andern Extrem stehen diejenigen willensschwachen Leute, die sobald sie überhaupt mit Alkohol zusammenkommen, die Herrschaft über sich selbst verlieren und so auch unter günstigen Umständen den Trinksitten erliegen.

Ein Theil der schwereren Fälle gehört nur vorübergehend in die Irrenanstalt. Zunächst einmal die akuten Alkoholpsychosen. Gerade hier stossen wir aber an vielen Orten auf eine Schwierigkeit, die nur durch eine Änderung der betr. Gepflogenheiten überhaupt, sowie der Gesetze zu umgehen ist. An sehr vielen Orten kommen die Alkoholdeliranten nicht in die Irrenanstalten, sondern in die Spitäler, Spitalbehandlung des Alkoholismus giebt es aber nicht; der Patient tritt dort aus, wann er will, und wollte er sich heilen lassen, so wäre niemand da, ihn zu heilen. Die Alkoholsuggestion der continentalen Spitäler müsste ihm auch bei guten Vorsätzen geradezu verderblich werden. Schon der Delirant gehört deshalb in die Irrenanstalt, soweit die Transportgelegenheiten es gestatten. Muss aus äusseren Gründen Spitalbehandlung eintreten, so sollte der Patient so bald als möglich transferirt werden.

Nun aber die Irrenanstalt. Sie hat meistens keinen Platz. Darüber wollen wir nicht sprechen; man muss doch damit rechnen, dass man anstrebt, die Anstalten so gross oder so zahlreich zu machen, dass sie ihren Zweck erfüllen können, und es ist ferner die richtige Behandlung der Alkoholiker eine entschieden nützlichere Aufgabe, als die der Durchschnittsgeisteskranken. Ob man ferner die Irrenanstalten erweitert, oder geschlossene Trinkerheilstätten neu baut, ist für die Platzfrage unerheblich.

Hingegen existirt vielerorts auch unter den Psy-

*) Pelman meint zwar (Alkoholismus 1901, p. 13) in direktem Widerspruch mit aller Erfahrung, dass die Mässigkeitsvereine für die Heilung der Trinker nichts thun können. Er hätte vollständig recht, wenn er zu den Mässigkeitsvereinen nicht auch die Abstinenzvereine zählen würde. Die eigentlichen Mässigkeitsvereine sind allerdings in dieser Beziehung nichts als ein Flatus vocis.



chiatern die praktisch wie theoretisch gleich falsche Ansicht, die Alkoholiker seien nach Ablauf des Säuferwahnsinns civiliter als Geistesgesunde zu betrachten und deshalb zu entlassen. Es sollte doch des Unheils genug sein, wenn die Angehörigen das Recht haben, den Ungeheilten auf ein paar Versprechungen hin herauszunehmen.

Also geben wir uns ein wenig Mühe, richtige Anschauungen in Bezug auf das Krankhafte des Alkoholismus, namentlich in juristischen Kreisen, zu verbreiten. Der Erfolg wird nicht ausbleiben, wenn man nicht nachlässt und jede Gelegenheit benutzt, gegen die falsche Auffassung zu protestiren und sich nicht fürchtet solche Gelegenheiten zu schaffen. Dann wird man die Grosszahl der heilbaren Trinker lange genug behalten können, bis sie Einsicht genug haben in einer Trinkerheilstätte zu bleiben. Auch die oft noch schwieriger zu erreichende Einsicht der Verwandten wird dann nach und nach sich bessern.

Wenn aber die Irrenanstalten etwas für Trinker thun wollen, müssen sie abstinent sein. Hat der Alkohol für die übrigen Kranken mehr Nutzen als Schaden, dann lassen sich beide Aufgaben nicht vereinigen, die delirirenden Trinker müssen zu Grunde gehen, bis sie einmal von geschlossenen Trinkerheilstätten aufgenommen werden können. Nun aber ist die Abstinenz niemals ein Nachtheil, immer ein enormer Vortheil für die andern Kranken; so sagen wenigstens ausnahmslos alle diejenigen Psychiater, welche beide Regime kennen, und die anderen sind doch wohl inkompetent die Frage zu beantworten.

Aber dann müssten auch die Irrenärzte abstinent sein. Ueber das „Müssen" wollen wir nicht discutiren. Wer im Interesse seiner Kranken ein solches Opfer, das nach der Ansicht derjenigen, die es gebracht haben, ein Vortheil und gar kein Opfer ist, nicht auf sich nehmen kann, der soll überhaupt von einem humanen Beruf, wie der des Arztes ist, fernbleiben. Wir haben hier nur dafür zu sorgen, dass sich allmählich bei der jüngeren Generation die Einsicht Bahn bricht, dass die Abstinenz für die Kranken nützlich sei, und diese Einsicht wird kommen, weil das wachsende Interesse an der Trinkerheilung die Aerzte zum Studium dieser Fragen zwingt.

Damit glauben wir die schwersten Einwände gegen die Behandlung der Trinker in den Irrenanstalten widerlegt zu haben: Man muss eben die Irrenanstalt so einrichten, dass sie die Trinker behandeln kann, und das ist viel leichter und jedenfalls schneller zu erreichen, als die Einrichtung von besonderen geschlossenen Trinkeranstalten mit Detentionsrecht.

Immerhin ist noch auf einige Gesichtspunkte aufmerksam zu machen.

Geradezu komisch wirkt es und bedarf wohl keiner weiteren Discussion, wenn Tilkowsky es als einen Missstand empfindet, dass Alkoholiker ein Delirium simuliren, um einige Tage in der Anstalt zubringen zu können.

Man behauptet ferner, es sei nicht gut, die Alkoholiker länger in Irrenanstalten zu halten, sie werden nur gereizt. Es ist dies bis zu einem gewissen Grade richtig, aber: die Gereiztheit wird sich wohl bei Zwangsheilungen nie ganz vermeiden lassen. Die Alkoholiker fühlen sich eben wie die meisten andern Geisteskranken nicht krank und wollen deshalb nicht geheilt sein. Da kann nur die allgemeine Besserung der Auffassung des Alkoholismus helfen; einer allgemeinen Abstinenzsuggestion lernen sich auch die Trinker, soweit überhaupt etwas mit ihnen anzufangen ist, fügen.

Von den seit 98 aus der Irrenanstalt Burghölzli entlassenen Fällen (meist Deliranten), von denen wir zuverlässige Nachrichten erhalten konnten, sind 13 abstinent nach einem Durchschnittsaufenthalt von 55 Tagen; 6 davon haben aber eine Nachkur in der Trinkerheilstätte, und einer eine solche bei einem abstinenten Arzte gemacht; 12 halten sich bis jetzt mässig oder abstinent mit einigen Unterbrechungen, Durchschnittsaufenthalt 48 Tage. Von diesen werden die meisten nach und nach zur vorhergehenden oder zur folgenden Kategorie übergehen. 17 sind Säufer geblieben nach durchschnittlich 63tägigem Aufenthalt.

Natürlich ist die letztere Gruppe diejenige, welche am schwierigsten zu behandeln, am schwersten in eine Heilstätte zu bringen war, manche derselben kommen überhaupt nie zur Einsicht, dass sie nicht weiter saufen sollten. Deshalb der lange Aufenthalt. Unter den Geheilten befinden sich natürlich die besseren Elemente, die gleich nach Ablauf des Deliriums sich schämten und alles thun wollten, um wieder auf eigene Füsse zu kommen. Unter den Ungeheilten haben nur zwei die Trinkerheilstätte passirt, unter den Gebesserten, Mässigern ein einziger, der wahrscheinlich geisteskrank im engern Sinne ist.

Aus diesen Zahlen, noch mehr aus der Durchsicht der einzelnen Fälle, geht hervor, dass die Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt an sich sehr wenig mit dem Heilerfolge zu thun hat. Man versucht eben die Leute zu halten, bis sie Einsicht bekommen oder als unbekehrbar gelten können. Unter den erstern sind natürlich die frühesten Entlassungen, unter den letztern die spätesten und doch ist der Gesammtunter-



schied sehr klein. Ellikon hat bis Mitte 1900 90 Pfleglinge aus Irrenanstalten aufgenommen, von denen sich 45 bis jetzt gut halten, einer derselben jedoch noch nicht zu den Geheilten gezählt werden darf.

Das Burghölzli hat von 96 — 99 173 Alkoholiker entlassen und davon 28 (= 16%) in Trinkerheilstätten geschickt.

Selbstverständlich muss man, wie überall, so auch bei den Trinkern der Irrenanstalten individualisiren und wenn man sieht, dass der Anstaltsaufenthalt einen zur Zeit nicht hoffnungslosen Kranken mehr reizt als belehrt, so entlässt man ihn und zwar wo möglich in die Hände eines Abstinenzvereines. Dann kann er gehen, wenn auch die Trinkerheilstätte die sicherere Nachkur bietet.

Hätten die Aerzte der Irrenanstalt die genügende Zeit zur Verfügung, so liesse sich gewiss auch in der Anstalt selbst eine viel grössere Anzahl definitiver Heilungen erreichen. Eventuell könnte ein besonderer Arzt für die Alkoholiker die Aufgabe ganz gut übernehmen.

Von verschiedenen Seiten ruft man allerdings der Trinkerheilstätte mit Detentionsrecht. Ich möchte zur Zeit noch vor diesem Experimente warnen, ganz abgesehen davon, dass die richtige Verwirklichung dieses Gedankens mir unmöglich scheint, bis die gesetzgebenden wie die ausführenden Behörden genügendes Verständniss für diese Aufgabe haben.

Die Trinkerheilstätte erhält jetzt ein einigermassen gesichtetes Material. Ganz uneinsichtige und widerspenstige Fälle bleiben nicht hinter ihren offenen Thüren, wenn auch die Freiwilligkeit des Eintrittes und des Aufenthaltes sehr oft eine bestreitbare ist, dann z. B. wenn dem Patienten einfach die Alternative gestellt wird zwischen Trinkerheilstätte und Bevormundung oder Trinkerheilstätte und Zwangsarbeitsanstalt. Eine Verschlechterung des Rohmaterials würde nach meiner Erfahrung alle Erfolge in Frage stellen. Ein einziger rabulistischer Kranker kann den Einfluss des Leiters für längere Zeit lahm legen; ein tüchtiger Pflegling in Heilung kann viele andere mit sich reissen. In der Trinkerheilstätte mit Detentionsrecht wäre zu erwarten, dass meist Alles unzufrieden wäre; wie dann eine psychische Behandlung einzuleiten wäre, wüsste ich nicht zu sagen.

Dann werden nur die schlimmsten, meist ganz unheilbare Fälle zwangsweise eingeliefert und die Anstalt hat praktisch, wenn auch vielleicht theoretisch, niemals die Möglichkeit sich dieser unnützen und höchst schädlichen Elemente rechtzeitig zu entledigen. Aus diesem Grunde hat man auch in der (offenen) Trinkerheilstätte Ellikon bei den unter Anwendung des St. Galler Trunksuchtsgesetzes eingewiesenen Kranken ganz ungenügende Erfolge erzielt.

In der mehr oder weniger ausgesprochenen Freiwilligkeit des Aufenthaltes in der Anstalt liegt auch noch das zur Zeit unbedingt notwendige Correktiv dagegen, dass der ganze Apparat denen, die damit zu thun haben, über den Kopf wachse. Tüchtige oder nur brauchbare Leiter von Trinkerheilstätten sind auch in Ländern mit älterer Abstinenzbewegung so selten, dass kaum daran zu denken ist, in einem Menschenalter die genügende Zahl von solchen Leuten zu bekommen, um eine allgemeine Einführung der Trinkerbehandlung überhaupt, geschweige der zwangsmässigen, zu ermöglichen. Wenn man Trinkerheilstätten gründet, ohne richtige Leiter zur Verfügung zu haben, so verschleudert man Mühe und Geld und discreditirt die ganze Sache für lange hinaus.

Es scheint mir also, man sollte zuerst die freiwillig zu erziehenden besseren Elemente heilen; diese schaffen von selbst die anderen nothwendigen Organe, namentlich die Abstinenzvereine; sie verbreiten das unentbehrliche Verständniss für die Abstinenz im weiteren Publikum, und aus ihnen werden zunächst die brauchbarsten Leute zur Heilung der Anderen hervorgehen. Dagegen wäre es vielleicht da oder dort schon möglich, Anstalten für unheilbare Trinker zu gründen, die natürlich geschlossene Abtheilungen haben müssten.

Die offenen Thüren der Trinkerheilstätte bewahren dieselbe vor Elementen, die nicht hineingehören, sie hindern ein zu rasches schlecht fundirtes Ausbauen der Bestrebungen, vermeiden alle unnöthige Reizung oder Herabwürdigung der Kranken, Vortheile die unter keinen Umständen aufgegeben werden dürfen.

Die Trinkerheilstätten an sich haben vor den Irrenanstalten voraus, dass sie ausschliesslich für einen speciellen Zweck eingerichtet werden können, dass daselbst alle möglichen Rücksichten auf die Abstinenzsuggestion genommen werden kann und dass die Kranken die falsche, aber gern geglaubte Ausrede nicht haben können, sie leiden unter dem Contakt mit den Geisteskranken oder seien überhaupt am unrichtigen Ort.

Pelman will die Trinker mindestens ein Jahr in der Heilstätte zurückhalten. Das ist für Viele entschieden zu lang. Die besseren Kranken lassen sich oft in einem halben Jahr heilen, für schlimmere Fälle allerdings ist ein Jahr nicht zu viel. Aber man soll nicht durch zu hohe Forderungen die leichteren Fälle



von dem Eintritt abhalten oder sie ohne Noth missmuthig machen, wenn sie einmal da sind.

Man streitet sich in letzter Zeit auch darüber, ob ein Arzt der Trinkerheilstätte vorstehen soll oder ein Pfarrer oder ein Laie. Der Streit ist für die Erfahrenen ganz unnütz. Der Leiter muss einen heiligen Eifer für seine Sache haben, er muss ein „fanatischer" Abstinent und vor allem ein praktischer Psycholog sein. Die andern nötigen Charaktereigenschaften verstehen sich von selbst. Wenn man aber bei einem ehrlichen Mann die ersten drei Eigenschaften findet, so rathe ich, ihn sofort fest zu halten, sei er Arzt oder Pfarrer oder nicht. Die anderweitige, berufliche Vorbildung tritt in der Trinkerheilstätte zurück und körperliche Behandlung lässt sich, gerade wie Seelsorge, von aussen besorgen.

Resumé:

Die eigentlichen Trinkerheilstätten können zur Zeit nur offene Anstalten sein. Sie enthalten unter Umständen einen gesetzlichen Zwang zum Aufenthalt, niemals aber vertragen sie den physikalischen Zwang geschlossener Thüren. Der Irrenanstalten kann man in absehbarer Zeit in der Behandlung der Alkoholiker nicht entbehren. In dieselbe gehören alle Fälle mit eigentlichen alkoholischen Psychosen, die pathologischen Charaktere aller Art, welche aus irgend einem Grunde unter strenger Bewachung sein müssen, dann die Einsichtslosen, welche in einer Trinkerheilstätte nicht bleiben würden, so lange sie renitent sind. Es ist deshalb moralische Pflicht der Irrenanstalten, sich so einzurichten, dass die nothwendige Abstinenzsuggestion auch auf ihren Abtheilungen herrscht. Ferner müssen die Irrenärzte dahin wirken, dass der einfache Alkoholismus den Psychosen gleichgestellt wird, insofern, als er genügenden Grund zu einer Zwangsinternirung abgiebt. — Viele Fälle gehören zuerst in die geschlossene (Irren-) Anstalt, nachher, wenn sie sich etwas gebessert haben, in die Trinkerheilstätte. Es ist Pflicht der Irrenanstalt, diese Fälle auszuwählen, und soweit als möglich dafür besorgt zu sein, dass sie aus der Irrenanstalt direkt in die Heilstätte kommen.

Mittheilungen.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 36. Versammlung am 4. Mai 1901, Nachmittags 3 Uhr in Hannover, Lavesstr. 26.

Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Mittheilungen. 2. Weber-Göttingen: a) Ueber das Vorkommen von sogenannten Monster-Gliazellen im Gehirn. b) Ueber einen Fall von isolierter schwerer Gedächtnissstörung. 3. Stoeckle-Göttingen: Ueber Hedonal. 3. Berkhan-Braunschweig: Besuch einer Haschisch-Kneipe in Kairo. Nach der Sitzung findet in Kasten's Hotel ein gemeinsames Essen um 7 Uhr statt. Anmeldungen werden rechtzeitig an den Vorsitzenden, San.-Rath Gerstenberg-Hildesheim, erbeten.

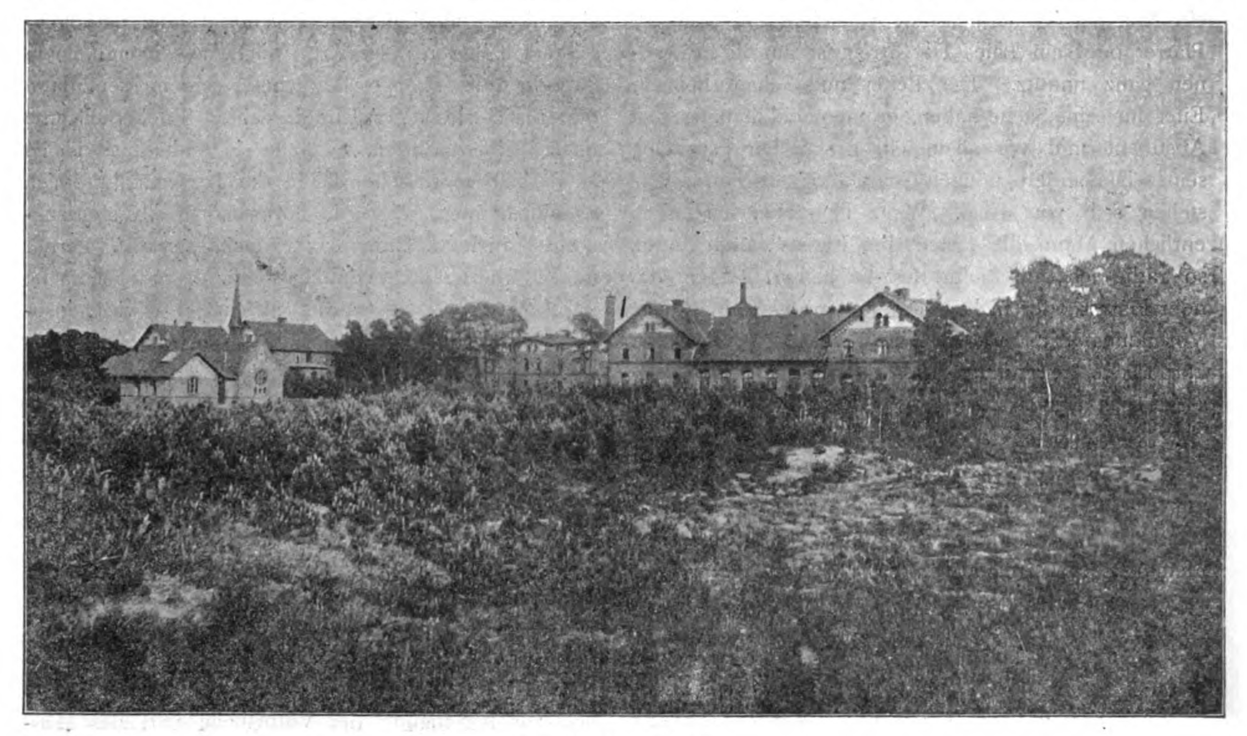
— **Aus Anstaltsberichten.** 4. Bericht über die Pommersche Provinzial-Irren-Anstalt bei Ueckermünde für die Zeit vom 1. April 1895 bis 31. März 1900.

Aus dem „geschichtlichen Bericht" des Sanitätsrath Dr. Knecht über die Hebung des Irrenwesens in Pommern, die zahlreichen Erweiterungsbauten der Anstalt, den Betrieb in derselben, die besonderen Vorkommnisse, Erfahrungen und Fortschritte in der Krankenbehandlung, das Wartepersonal etc. seien hervorgehoben: die guten Resultate beim erweiterten Gebrauch der Bettbehandlung, das nachdrückliche Eintreten für eine möglichst „freie Behandlung" der Kranken (wie sie z. B. äusserlich zu Tage tritt im Wegfall der Umfassungsmauern, in der Beseitigung der Gitter vor den Fenstern der ruhigen Abtheilungen etc.), die ausgedehnte Zulassung von Besuchern auf die Krankenabtheilungen selbst, insbes. auch auf die für bettlägerige und unruhige Kranke, was wesentlich zur Beseitigung der Vorurtheile und des Misstrauens gegen die Anstalten beiträgt und günstig und ermunternd auf zahlreiche Kranke selbst und die Haltung des Wartpersonals einwirkt. Die Zahl der Entweichungen belief sich auf 12—21 pro Jahr. Zur Beschaffung und Heranbildung eines geeigneteren weiblichen Wartpersonals für den Irrendienst wird die Errichtung von Pflegerinnenschulen empfohlen, wie eine solche für die sächsischen Landesirrenanstalten z. B. in Hubertusburg besteht.

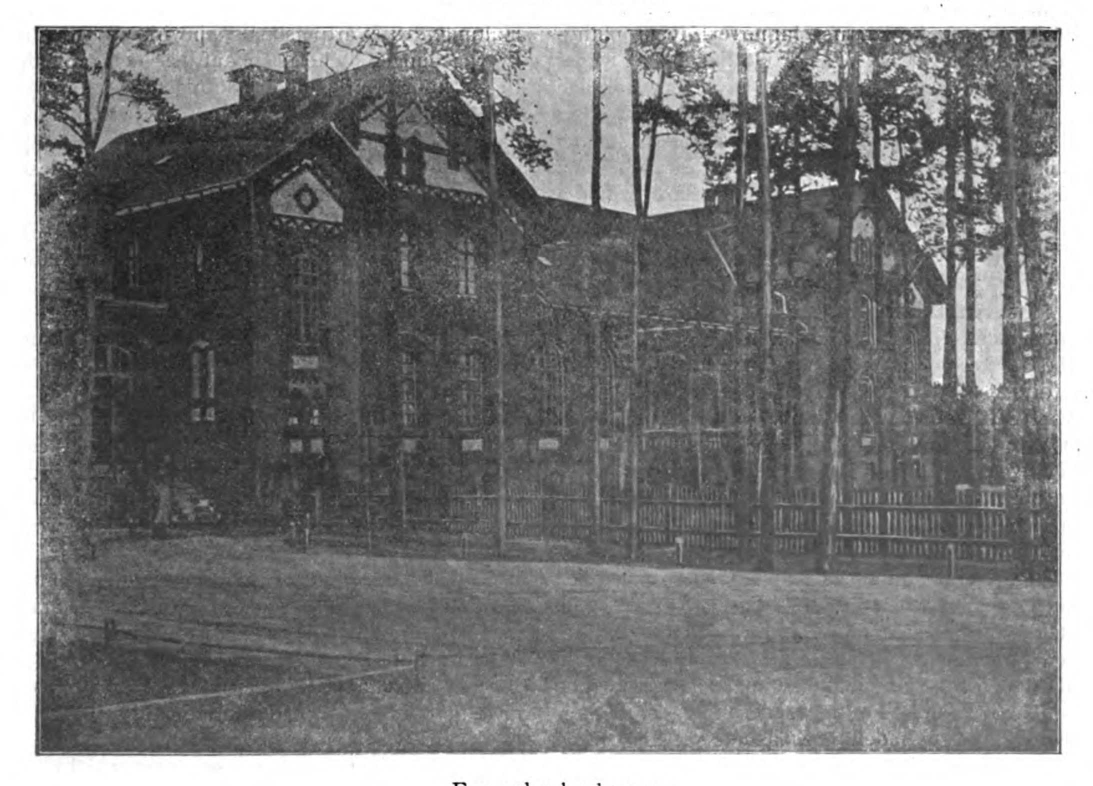
In seinen ausführlichen „statistischen und klinischen Mittheilungen" erstattet dann Oberarzt Dr. Schröder Bericht über die Bewegungen im Krankenbestande, die Zu- und Abgänge, die beobachteten Krankheitsformen, die Krankheitsursachen, Heilungen, Besserungen, Beurlaubungen, Entlassungen, Todesursachen, Körperkrankheiten etc., von welchen letzteren Influenza und Tuberculose nicht selten auftraten Der Durchschnittsbestand an Geisteskranken im angegebenen Zeitraum betrug 4—500. 22% aller Aufgenommenen litten an manisch-depressivem Irresein im Sinne Kraepelin's. Im übrigen überwogen bei den Männern Paralyse und Alkoholismus, bei den Frauen Dementia praecox. Dass die Erkennung der im allmählichen Anwachsen begriffenen Paralyse bei Weibern mitunter sehr schwierig ist, veranschaulichen 4 kurz skizzirte Krankengeschichten. Von sonstigen Fällen sei erwähnt eine Huntington'sche Chorea chronica hereditaria bei einer 28jähr. Frau und ein sehr merkwürdiger, atypischer Fall von muthmaasslich manisch-depressivem Irresein bei einem 14jähr. Knaben. Beklagt wird der häufige Mangel rechtzeitiger sach-



verständiger Behandlung; doch hält Vf. die Frage, ob sich die Prognose wirklich um so mehr bessere, je früher die Aufnahme in eine Anstalt erfolgt, noch nicht für entschieden. Beurlaubte oder Entlassene bewährten sich draussen oft besser, als vorausgesetzt wurde. Das etwaige Missglücken eines Beurlaubungs-



Anstalt von Norden.



Frauenbeobachtung.

oder Entlassungsversuches darf nie den ersten Grundsatz moderner Irrenbehandlung beeinträchtigen: Gewährung des grösstmöglichen Maasses von Freiheit!

Im 3. Abschnitt theilt Dr. Dingel die gutachtlichen Aeusserungen über 28 zur Beobachtung eingelieferte „forensische Fälle" mit, unter denen 24 als geisteskrank erkannt und bezeichnet werden.

Derselbe verbreitet sich dann unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur über „traumatische Psychosen", indem er seinen Darlegungen 6 Anstaltsbeobachtungen zu Grunde legt, in denen die Psychose ohne concomitierende sonstige ätiologische Momente im Anschluss an eine mehr minder schwere Kopfverletzung zur Entwicklung gelangte. Die Formen der geistigen Störungen waren sehr wechselnd. Als einigermaassen constant und charakteristisch für das Krankheitsbild einer reinen traumatischen Psychose sieht Vf. an: Kopfschmerz, Schwindelanfälle, Charakterveränderungen, Intelligenzdefecte, herabgesetztes Gedächtniss und Auffassungsvermögen, grosse gemüthliche Reizbarkeit bis zu Jähzorn, Neigung zu Gewaltthätigkeiten und Zerstörungsdrang, periodische Steigerung und Verschlimmerung der Krankheit. Wegen der selbst bei günstigem Verlauf gewöhnlich hinterbleibenden Intelligenzdefecte räth er, die Prognose stets zweifelhaft zu lassen.

Der 5. Abschnitt über „Tetanie und Psychose" von Dr. Luther bietet einen interessanten, doch vieldeutigen Fall von Delirium acutum bei einer 51jährigen Frau, wo intercurrent nach bereits längerem Bestehen der Psychose typische tetanische Krämpfe von zweitägiger Dauer auftraten. Eine sichere Erklärung für die Tetanie liess sich auch nach dem am ca. 25. Krankheitstage infolge fortschreitender Erschöpfung erfolgten Tode nicht finden. Der Sektionsbefund am Gehirn liess an Paralyse denken, für deren Bestehen im Leben aber sichere Anhaltspunkte nicht zu gewinnen waren. Am wahrscheinlichsten erscheint dem Vf. die Annahme einer (vielleicht vom Magen-Darmkanal ausgehenden) Intoxicationspsychose, in deren Verlauf das die psychischen Störungen hervorrufende Gift auch die Tetanie auslöst.

Im 6. Abschnitt bringt Dr. Beck in der Hauptsache statistische Bemerkungen „über Pachymeningitis haemorrhagica interna", die er unter 54 paralytischen Männern und Weibern 22 mal, bei 110 nicht paralytischen Geisteskranken 21 mal im Sektionsprotokoll verzeichnet fand, und zwar im letzteren Falle auffallend häufig bei Dementia senilis und Tuberculose.

Mit einer „Zusammenstellung der Einnahmen und Ausgaben" schliesst der umfängliche, anregende und lesenswerthe Bericht, dem mehrere Grundrisse, Pläne und Ansichten der Anstaltsgebäude beigefügt sind. Hahn-Hubertusburg.

— Bericht über die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin, am 22. April. Die Jahresversammlung tagte in dem Hörsaale des neuen Gebäudes der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité; die Eröffnung der Sitzung gestaltete sich somit gleichzeitig zu einer Einweihung der neuen Klinik, indem zahlreiche Vertreter der Reichs-, Staats- und Stadtbehörden u. s. w. an der Feier theilnahmen (der Chef der Medizinal-Abtheilung des Kriegsministeriums, Direktor der Kaiser Wilhelm-Akademie, Generalstabsarzt der Armee Prof. Dr. v. Coler, vom Ministerium der Medizinalangelegenheiten der Unterstaatssekretär Wever, ferner Geh. Rath Pistor, Unterstaatssekretär Rothe, ferner Oberbürgermeister Kirschner, der Direktor der Charité Generalarzt Dr. Schaper, Geh. Rath Bergmann u. A) und Jolly in einer Festrede einen Ueberblick über die Entwicklung der Irrenpflege und Irrenkunde im Allgemeinen und der psychiatrischen Klinik zu Berlin im Besonderen gab. Berlin besass gegen Ende des 18. Jahrhunderts ein aus dem Erbe eines reichen Kaufmanns stammendes Irrenhaus in der Krausenstrasse, welches 1798 niederbrannte; die Geisteskranken wurden von da ab in der Charité untergebracht und zwar wurde im J. 1825 für sie ein eigenes Gebäude errichtet, in dem allerdings gemäss damaligen Auffassungen auch Hautkranke und puellae publicae beherbergt wurden. Es wirkten an der Anstalt Horn, Ideler, L. Mayer, K. Westphal und Griesinger, welch' letzterer die zwanglose Behandlung in der Berliner Anstalt einführte. Jolly gab dann eine Beschreibung der baulichen Anlage der neuen Anstalt, die noch nicht ganz fertiggestellt ist, und demonstrirte den neuen Projektionsapparat der Klinik, der sich sowohl bei episkopischen wie diaskopischen Darstellungen vorzüglich bewährt.

Hierauf ergriff der Unterstaatssekretär Wever zu folgender Ansprache das Wort: „Ich habe die Ehre, Sie im Auftrage des preussischen Kultusministeriums zu begrüssen. Der Kultusminister verfolgt mit lebhaftem Interesse Ihre segensreichen Bestrebungen und erkennt mit Dank die fruchtbaren Anregungen an, welche auf dem Gebiete der das Leben der Kulturvölker so hart bedrängenden psychischen Erkrankungen zu deren Verhütung und Bekämpfung aus Ihren Kreisen wie von den Universitäten erfolgt sind. Ein sonderbares Zusammentreffen ist die Vollendung eines Theiles der Baulichkeiten unserer neuen psychiatrischen Klinik mit Ihrem Kongress. Durch das thatkräftige Zusammenwirken des hochverdienten Direktors der Klinik mit den bauleitenden und bauausführenden Beamten ist hier ein Gebäude zu Stande gekommen, das nach der Meinung der preussischen Kultusverwaltung berechtigten und selbst hochgespannten Anforderungen entspricht. Den Dank des preussischen Kultusministers spreche ich ausser dem Herrn Direktor, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly, auch dem Herrn Regierungsbaurath Diestel und dem Herrn Baurath Kocke aus. Möge dieser Neubau Anregung geben zu weiterer thatkräftiger Fürsorge gegenüber den Erkrankungen, deren weitere Verbreitung recht eigentlich eine Folge unserer Zeit ist, deren Bekämpfung daher zu unseren vornehmsten Aufgaben gehört. Zuletzt darf ich dem Wunsche Ausdruck geben, dass diese, mit gewohnter Vielseitigkeit und Gründlichkeit eingeleitete Versammlung mit ihren Verhandlungen von Segen und Bestand sein möge dem Vereine zum Ruhme, den Kranken zum Heile!"

Unterstaatssekretär Rothe überbrachte die Grüsse des Staatssekretärs des Innern, Grf. v. Posadowsky, der um so mehr bedauerte, nicht selbst erscheinen zu können, als er in seiner früheren Amtsthätigkeit dem Irren-Heil- und Pflegewesen ein besonderes Interesse zugewendet habe. — Generalarzt Schaper sprach ein Wort des Grusses als Direktor der Charité.

Hierauf erstattet zunächst Herr Geh. Rath Moeli das Referat über den jetzigen Stand der familialen Pflege Geisteskranker. M.'s Ausführungen erstrecken sich auf diejenige Familienpflege, welche sich nicht auf die Gewährung des Lebensunterhaltes für hülfsbedürftige Geisteskranke beschränkt, sondern auch psychisch unselbständigen Personen durch geregelte fachärztliche Einwirkung in für ihren Zustand geeigneter Umgebung den Anstaltsaufenthalt erspart. Er unterscheidet: 1. die Familienpflege ohne jede Beziehung zur Anstaltsbehandlung, 2. die Familienpflege als Ansiedlung grösserer Mengen Geisteskranker in ausgewählten Bezirken mit einer nur für Ausnahmefälle bestimmten Anstalt, 3. die Familienpflege, die sich an die gewöhnliche Anstaltsbehandlung anschliesst. Bei der ersten und zweiten Form steht die mehr dauernde Versorgung hülfsbedürftiger Geisteskranker im Vordergrunde; bei der dritten kann die Familienpflege ausserdem ein nützliches Zwischenglied zwischen der Behandlung in der Anstalt und der wenn auch nicht immer mit wirthschaftlicher Selbständigkeit verbundenen Unabhängigkeit des Kranken bilden. Allen Formen gemeinsam ist der Verzicht auf die Beschränkung, welche selbst bei Gewährung möglichster Freiheit der Anstaltsaufenthalt auferlegt. Moeli bespricht dann die von der Familienpflege gewährleisteten psychischen Vortheile, gegenüber denen etwaige hygienische Rückgänge ganz zurücktreten. Bei Familienpfleglingen ist die Arbeitsfähigkeit zwar erwünscht, aber an sich nicht nothwendig; sie wird aber durch die Familienpflege gesteigert und vielseitiger; im kleinen Haushalt findet auch eine schwache Kraft noch Verwendung, während der Anstaltsbetrieb ein gewisses Durchschnittsmaass der Arbeitsfähigkeit erwünscht erscheinen lässt. Bei der dritten Form von Familienpflege, bei der die Kranken der gemüthlichen Beeinflussung weniger zugänglich sind, ja sich ihrer Bestrebungen kaum noch bewusst zu werden vermögen, liegt ein Nutzen für die einzelne Person nicht mehr vor, sondern ist die wichtige Thatsache der billigeren Verpflegung ausschlaggebend, die ja auch bei den ersten beiden Formen ins Gewicht fällt, aber nicht so durchgehends, dass nicht manchmal die Vortheile der Familienpflege einen höheren Kostenaufwand rechtfertigen. Die Ausdehnung der Familienpflege ist abhängig von der Krankheitsform, von den Pflegestellen, ihrer Vermögenslage, dem Character der Pfleger, ihrem Verständniss, ihrer Zuverlässigkeit, bei der Uebergangspflege auch von der Gelegenheit zu einer Beschäftigung, die allmählich zum selbständigen Erwerbe fortschreiten kann. Nicht geeignet zur Familienpflege sind: Kranke mit lebhaften Erregungszuständen, mit besonderer Pflege bedingender körperlicher Hinfälligkeit und mit wirklich verbrecherischem Character, wo also frühere gesetzwidrige Handlungen nicht durch die Nothlage heraufbeschworen waren; nicht brauchbar sind also zu sexuellen Ausschreitungen Geneigte, schwerere Alkoholiker, sofern sie sich nicht unter den wirksamen Einfluss einer abstinenten Bewegung bringen lassen. Am verbreitetsten ist die Familienpflege in Schottland, wo sie aber, ohne Verbindung mit der Anstalt, mehr den Charakter der Armenpflege unter fachärztlicher Beihülfe und Ueberwachung zeigt, letztere auch bei den auf eigene Kosten in Familienpflege Weilenden, da in Schottland die Verhältnisse aller Geisteskranken in- und ausserhalb der Anstalten, unter staatlicher psychiatrischer Controlle stehen. Die schottische Familienpflege entspricht also der ersten Form. Die zweite wird am meisten durch die Familienpflege in Gheel vertreten, ebenso durch die Einrichtung in Lierneux und Dun-sur-Auron, und ist jetzt in der Provinz Sachsen in Entwicklung begriffen. Es handelt sich hier vorwiegend darum, der Verpflegung auf längere Zeit der Fürsorge bedürftiger Kranker gerecht zu werden. Die dritte Form der Familienpflege wird sich nur einer wenig ausgedehnten Anwendung erfreuen; es wird beabsichtigt, bei der neuen Berliner Anstalt im Buch einen kleinen Versuch damit zu machen. Wichtig ist es, unter gegebenen günstigen Verhältnissen, die Kranken in die Pflege der eigenen Familie zurückzuführen, jedoch scheitern die Versuche aus bekannten Gründen, auf die Moeli kurz eingeht. Von der Familienpflege in Herzberge berichtet Moeli, dass sie zwar mit ziemlich günstigen örtlichen Verhältnissen, aber mit im Allgemeinen wenig günstiger Zusammensetzung der Krankheitsformen, organisch Hirnleidenden, Alkoholisten, criminelle Elemente arbeite. Dabei ergab sich, dass die Familienpflege einen gewissen, wenn auch immerhin bescheidenen Antheil an der Fürsorge für die Kranken einzunehmen geeignet ist, was sich aber auf anderweitige Verhältnisse nicht übertragen lässt. Die Anstalt Herzberge hatte 1900 bei 1150 Plätzen 1453 Zugänge, im selben Jahre waren 270 Personen in Familienpflege und zwar: Bestand am 1. April 1900 62 M. (11 bei eigener Familie), 67 F. (9 bei eigener Familie) zusammen 126. Zugang 68 M. 76 F., zusammen 144. Abgang im Laufe des Jahres 54 M., 67 F., zusammen 121. Endbestand 76 M. (16 bei eigner Familie), 73 F. (9 bei eigner Familie), zusammen 149.

Es konnten, als keiner ärztlichen Aufsicht mehr bedürftig, einfach entlassen werden 20 Fr., von den Männern 13. Zur Anstalt zurück kehrten 44 Frauen, 37 Männer.

Die äusserste Grenze des Aufnahmebezirks liegt weniger als 1 Stunde von der Anstalt. Die Grenzen des Pflegestellenbezirks waren früher wesentlich weiter, sind jedoch in der letzten Zeit mehr und mehr auf eine nur wenig grössere Entfernung zusammengezogen. Die Pflegestellen haben sich nur in der Stadt und den unmittelbar anstossenden Vororten gehalten. Eigentliche schwere Missstände kamen durch die Familienpflege in all den Jahren nicht vor, wenn man von der gelegentlich vorgekommenen Anknüpfung unerlaubter Beziehungen seitens männlicher Pfleglinge zu den Pflegerinnen absieht. Zur Verhütung von Uebelständen ist die ärztliche Aufsicht unerläss-



liche Vorbedingung. Der jährliche Zugang zur Familienpflege betrug etwa 150 Köpfe; es muss daher auch für entsprechende Entlastung gesorgt werden; der Abgang durch Tod ist gering; zur Anstalt kehrten in letzter Zeit zurück ca. 36% des Gesammtbestandes der Frauen, 27% desgleichen der Männer. Das Ausscheiden aus der Familienpflege wird am Besten gefördert, wenn die Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit der Kranken gefördert wird. Wichtig ist es, vacant gewordene Pflegestellen möglichst bald auszufüllen, damit der Pfleger keine Einbusse erleidet. Schwierigkeiten bietet auch die Uebergangszeit, wo der Kranke eine Einnahme hat, die für seine Erhaltung zwar noch ungenügend oder zu unsicher ist, aber doch nicht mehr ganz ausser Acht gelassen werden kann, wenn nicht eine ungerechte Belastung der Anstalt eintreten soll. Sicherlich ist jeder Erwerb, auch bescheidenen Grades, zunächst für das psychische Befinden so ausserordentlich werthvoll, dass man ja nicht zu voreilig die erreichte Spannkraft durch Auflegung einer Belastung, wie die Abgabe eines Theiles des Erwerbes, gefährden soll. Nur wenn der persönliche Nutzen erkennbar ist, wird auch weniger lohnende Arbeit von den Kranken übernommen. Moeli führt dies noch weiter aus. — Der engere Anschluss an die Irrenhilfsvereine wird bei der Entlassung der Kranken aus der Familienpflege sehr zweckdienlich sein. — Länger als 2 Jahre sind in der Herzberger Familienpflege 30% des Bestandes. Bemerkenswerth ist, dass in Herzberge, um die allmähliche Loslösung von der Aufsicht durch Pflegestelle und Arzt soweit irgend möglich anzustreben, die Familienpfleglinge von Anfang an fremden Behörden gegenüber (auch dem polizeilichen Meldeamt gegenüber) als aus der Anstalt „Entlassene“ behandelt werden, obgleich alle Kosten auf dem Anstaltsetat stehen.

Moeli fasste die Hauptpunkte seines Referates in folgende Sätze zusammen:

1) Die familiale Pflege Geisteskranker unter irrenärztlicher Aufsicht kann in mehrfacher Form ausgebildet werden. 2) Sie kann eine mehr dauernde Versorgung des Kranken oder einen Uebergang zwischen Anstaltsbehandlung und voller Selbständigkeit darstellen. 3) Für einen Theil der fremder Hülfe — nicht nur zum Lebensunterhalt — bedürftigen Kranken bietet sie Vorzüge vor der Anstaltsbehandlung in der vermehrten Anregung und der Erhaltung von für die Persönlichkeit wichtigen psychischen Vorgängen unter genügendem Schutze vor Schädlichkeiten. 4) Sie kann in gewissem Umfange — je nach den örtlichen Verhältnissen — an die Behandlung in Anstalten sich anschliessen und von der Anstalt aus geleitet werden. Bei eng begrenztem Aufnahmebezirke kann auch die Pflege in der eigenen Familie in einzelnen Fälle eintreten. 5) In welchem Umfange eine Ansiedelung ausgewählter Kranker an bestimmten Orten um eine Centrale als eine Form der Fürsorge für Geisteskranke durchführbar ist, muss die weitere Erfahrung lehren. 6) Die familiale Pflege erfordert zur Entwicklung ihrer Wirksamkeit psychiatrische Leitung. 7) Sie kann zur Beseitigung unrichtiger Vorstellungen über Geisteskrankheiten beitragen und beim Unterrichte in der Psychiatrie herangezogen werden. 8) Soweit die familiale Pflege im organischen Zusammenhange mit psychiatrisch geleiteten Anstalten erfolgt, ist eine anderweitige Aufsicht entbehrlich. 9) Für die umfangreichere Entwicklung einer von den Anstalten ganz losgelösten Familienpflege fehlen zur Zeit wesentliche Bedingungen, u. A. eine behördliche Aufsicht durch fachmännisch gebildete Aerzte.

In der hierauf folgenden Discussion bemerkten Knecht (Ueckermünde) und Meyer (Königslutter), dass bei ihren Anstalten ebenfalls bereits die Familienpflege eingeführt sei. Alt weist auf den Unterschied hin, den man in sprachlicher Beziehung zu machen habe: „familiale“ Verpflegung beziehe sich mehr auf die Colonien, „familiäre“ Verpflegung auf die Betrachtung und Behandlung des einzelnen Kranken als Familienmitglied. Nach Alt befinden sich namentlich unter denjenigen Kranken, welche in Preussen nach dem Gesetz vom 11. Juli 1891 der öffentlichen Fürsorge anheimfallen, viele für Familienpflege geeignete Elemente, die man jetzt ungehöriger Weise in Genossenschaftsanstalten unterbringt. Auf einen Vorschlag Bechers zu erwägen, ob die Einrichtung der Erholungsstätte vom Rothen Kreuz (die Kranken halten sich nur Tagsüber in derselben auf) nicht auch für die familiale Pflege der Geisteskranken in Grossstädten nachgeahmt werden könnte, erwidert Alt, dass diese Einrichtung gerade das Gegentheil von einer familiären Pflege sei.

Am 1. Juli 1900 waren in Preussen in Familienpflege: in Berlin 306 (151 m., 155 w.; zu gleichen Theilen auf Herzberge und Dalldorf entfallend).

Hessen-Nassau	69 Frauen,
Ostpreussen	65 (52 M., 13 Fr.),
Sachsen	53 (42 M., 11 Fr.),
Schlesien	25 Männer,
Pommern und Westfalen vereinzelte,	
Anstalt Ilten	139 Männer.
Gesammtzahl	671 (418 M., 253 Fr.).

Hoche: zur Aetiologie des Myxoedems. 34jähr., gesundes Mädchen; schwere Leuchtgasvergiftung durch Bruch eines Gasrohres. 9 Tage komatös, dann psychisch verändert: stumpf, theilnahmlos, gedächtnissschwach, labile Stimmung. Im Laufe weniger Monate Entwicklung typisch myxoedematöser Hautveränderungen. — Unter Thyreoidin-Behandlung in grossen Dosen (6 Tabletten zu 0,3 pro die) bedeutende Besserung. — Der Vortr. bespricht die nach Leuchtgas- (Kohlenoxyd-) Vergiftung überhaupt beobachteten nervösen und psychischen Nachkrankheiten, unter denen bisher das Myxoedem nicht beschrieben worden ist, wenigstens nicht unter diesem Namen. Die Casuistik weist dagegen in nicht geringer Zahl Fälle von psychischen Veränderungen, ähnlich den myxoedematösen, und chronische Hautveränderungen auf. Die Diagnose auf Myxoedem wurde in diesem Falle vor Allem durch den Erfolg der Thyreoidin-Behandlung erhärtet. Die weitere Erfahrung muss lehren, ob zwischen dieser Form der Vergiftung und dem Myxoedem vielleicht gesetzmässigere Beziehungen obwalten.



Näcke: Ueber sogen. Degenerationszeichen der wichtigsten inneren Organe bei Paralytikern und Geistesgesunden.

Näcke untersuchte 104 Paralytiker und liess durch Prof. Nauwerck, Prosektor am Chemnitzer Stadtkrankenhaus, 108 Normale nach seinem Schema auf seltenere Variationen — nur vorläufig Degenerationszeichen genannt — der inneren Organe (Herz, Lungen, Leber, Milz, Niere, untersuchen. Es handelte sich im Allgemeinen um Hypo- und Hyperplasien der Organe oder ihrer Theile, Spalt- und Lappenbildungen, abnorme Gestaltungen, Fehlen oder Ueberzähligsein gewisser Theile, Offenbleiben von Kanälen. Als Resultat zeigte sich, dass 1) ein gewisses Plus von solchen Stigmen auf Seiten der Paralytiker steht, 2) was viel wichtiger ist, dass eine Häufung solcher drei Mal so oft bei Jenen sich fand, ebenso eine drei Mal grössere Verbreitung, endlich was die Hauptsache ist, dass die seltensten Stigmen fast ausschliesslich bei den Paralytikern sich finden. Schliesslich war ein gewisser Parallelismus zwischen der Zahl der äusseren und inneren Degenerationszeichen nicht zu verkennen. Auch war wieder, wie schon früher, die Erblichkeit der Paralytiker eine sehr grosse (39,5%), davon die Hälfte Psychose; ebenso befanden sich unter den lüetisch Infizierten mehr Hereditarier als bei den Anderen. Diese Untersuchungen, in Verbindung mit den früheren und mit den Angaben vieler Autoren weisen immer mehr darauf hin, dass 1) die Erblichkeit bei der Paralyse eine grosse Rolle spielt und kaum seltener vorkommt als bei anderen Psychosen und 2) die Paralyse in den meisten Fällen anscheinend ein ab ovo invalides Gehirn trifft. Um diese Thesen zu stützen und widerlegen, sind weitere Untersuchungen, aber nach gleicher Methode wie diejenigen Näckes, noch nöthig; doch liegt jetzt schon viel positives Material vor, dass die Thesen immer mehr an Wahrscheinlichkeit gewinnen. (Eigenbericht.)

Herr Bonhoeffer: Zur Pathogenese des Delirium tremens. Eine genaue Kenntniss der sogenannten Gelegenheitsursachen des Delirs ist von Wichtigkeit, weil sich aus ihr mit der Zeit vielleicht Hinweise für die Aufklärung des Wesens der dem Delir zu Grunde liegenden Autointoxikation ergeben.

Die complicirten Delirien sind häufiger als die uncomplicirten; die Complicationen sind zum Theil auslösende Ursachen des Delir, zum andern Theil sind sie Theil- oder Folgeerscheinungen derselben. Nichts begünstigt mehr den Ausbruch eines Delir als akute Infektionen. Unter ihnen stehen an Häufigkeit die akuten Infektionen des Athmungsapparates (Pneumonie, akute. fieberhafte Bronchitis 48% der Complikationen) in erster Linie. Delirien im Anschluss an Traumen sind selten. Meist ist das Trauma im beginnenden Delir acquirirt. Es scheint, dass vor allem starke Contusionen des Brustkorbes oder Knochenfrakturen, die zu Fettembolie führen, bei Alkoholisten Delirien zur Folge haben. Vielleicht kommt der Behinderung der Lungenathmung eine wesentliche Bedeutung zu. —

Der nicht häufige initiale epileptische Anfall des Deliranten ist Ausdruck derselben Intoxikation, die dem Delir zu Grunde liegt. Diese Delirien haben meist eine besondere epileptische Färbung. Der dem Delir oft um 1—3 Tage vorangehende Krampfanfall hat im Zusammenhang mit gehäuften Trunkexcessen eine Delirium auslösenden Bedeutung.

Auf Grund mehrjähriger Beobachtung von Alkoholdeliranten im Gefängniss zu Breslau hält Vortr. an dem Vorkommen von Abstinenzdelirien fest. Diese Delirien haben, trotzdem sie meist in der Ernährung sehr geschwächter Individuen betreffen, einen kürzeren und prognostisch günstigen Verlauf. (Ausführl. Publication an anderer Stelle). (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Zur Pathogenese und Klinik der Wadenkrämpfe von P. Näcke. Neurol. Centralbl. 1901 Nr. 7. S.-A.

Unter Beibringung zahlreicher wenig bekannter und neuer Thatsachen werden alle bei Entstehung der Wadenkrämpfe etwa wirksamen Faktoren kritisch erörtert und zu weiteren Untersuchungen vielfache Anregung gegeben. Vf. hält die Pathogenese der Wadenkrämpfe im allgem. für noch keineswegs geklärt; immerhin scheinen ihm chemische Reize infolge abnormer Blutbeschaffenheit und zugleich abnormer Flexion, Extension oder ungeschickte Bewegung die häufigste Veranlassung dazu zu geben Sicher dürften sie fast ausnahmslos peripher bedingt sein und bei Nervösen, Epileptikern und Geisteskranken kaum häufiger auftreten als sonst. Ganz unklar bleibt aber, warum gerade in der Wade die gesteigerte Erregbarkeit der sensiblen Muskelnerven so leicht erfolgt. Bemerkenswerth ist auch, dass Wadenkrämpfe bei Thieren nicht vorkommen. Hahn-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— Hubertusburg. Am 1. Jan. 1901 wurde der Hilfsarzt Dr. Götze in gleicher Eigenschaft von Hubertusburg nach Colditz versetzt. Am 1. April 1901 wurde der überzählige Anstaltsarzt Dr. Böttcher in Hubertusburg zum Abtheilungsarzt befördert und an die Anstalt nach Colditz versetzt. Am 1. April traten als Hilfsärzte in Hubertusburg ein die approbirten Aerzte Dr. Dost aus Chemnitz und Dr. Winkler aus Freiburg.

— Werneck. Dr. Herfeldt, Oberarzt an der Kreis-Irrenanstalt ist zum Direktor der Kr.-Irrenanstalt Ansbach ernannt.

— Sachsen. Oberarzt Dr. Näcke wurde zum Medizinalrath ernannt.

— Bayern. Dr. Herfeld, bisher Oberarzt in Werneck, wurde zum Director der II. mittelfränkischen Kreisirrenanstalt Ansbach und Dr. Blachian, bisher II. Ass.-Arzt zum I., Dr. Schum, bisher III. Ass.-Arzt zum II. Ass.-Arzt ernannt.

— Ungarn. Hofrath Otto Schwartzer von Babarcz, Besitzer der Priv.-Irrenanstalt in Budapest, ist zum Vicepräsident des Landes-Sanitäts-Raths von Ungarn ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 6. 4. Mai **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Projekt einer Wachabtheilung für unruhige Kranke.

Von Dr. G. Kolb-Bayreuth.

I. Allgemeines.

Der Bau ist im wesentlichen zweistöckig projektirt — nur die Fronttheile der beiden Flügelbauten erhalten neben dem Erdgeschosse und dem 1. Stockwerke ein weiteres Stockwerk.

Das Erdgeschoss (parterre) enthält die eigentliche Wachabtheilung für unruhige Kranke, der 1. Stock dient als geschlossene Abtheilung für Bettbehandlung unruhiger Kranker.

Der Bau ist in reinem Pavillonstyle — unter vollständigem Verzichte auf „Corridore" — gehalten. Unterkellerung ist lediglich, in soweit sie zur Unterbringung der centralen Heizanlage nothwendig erscheint, vorgesehen.

Als lichte Höhe der Stockwerke ist 3,70 m angenommen.

II. Verwendung und Beschreibung der einzelnen Räume.

A. Parterre.

Wachsäle und Tagräume.

Das Erdgeschoss dient als Wachabtheilung für unruhige Kranke, d. h. zur Aufnahme aller jener Kranken, welche im Hinblicke auf ihren psychischen oder somatischen Zustand einer ständigen, auch über die Dauer der Nacht sich erstreckenden Pflege oder Aufsicht bedürfen und sich in Folge ihrer Erregung, Unruhe oder anderer insocialer Eigenschaften nicht zur Aufnahme in die Wachabtheilung für ruhige Kranke eignen.

Da für einen grossen, in der Regel für den weitaus überwiegenden Procentsatz jener Kranken Indikation für vollständige oder theilweise Bettbehandlung bestehen wird, wurden die Wachsäle entsprechend den Anforderungen konstruirt, welche wir an für Bettbehandlung bestimmte Räume zu stellen berechtigt sind: für jedes Krankenbett wurde ein Luftraum von 28 cbm vorgesehen, Lichteinfall und Lufterneuerung durch zahlreiche, bei allen Haupträumen stets einander direkt gegenüberliegende Fensteröffnungen nach Möglichkeit sichergestellt.

Für die Tagräume wurde eine Grösse gewählt, welche zwei Dritteln der in der Abtheilung befindlichen Kranken den für Wohnräume üblichen Luftraum von 16 cbm sichert.

Bei der Konstruktion der Skizze wurde als einer der wichtigsten Gesichtspunkte eine möglichst vollkommene und dabei ein nicht allzu zahlreiches Personal beanspruchende Ueberwachung der Kranken angestrebt, ohne dass die so wichtige Möglichkeit die Patienten je nach ihrem momentanen Zustande, nach



dem Grade ihrer Erregung oder nach anderen Gesichtspunkten zu sondern, eine Einbusse erleiden sollte.

Dem ersten Postulate wurde dadurch Rechnung zu tragen versucht, dass sämmtliche Wachsäle (1, 4, 5) sich unmittelbar an einander anreihen und sämmtlich mit den beiden Tagräumen (2, 3) in direkter Verbindung stehen, so dass zwei Pfleger im Nothfalle sämmtliche Wachsäle und Tagräume zu beaufsichtigen vermögen, ferner dadurch, dass die unentbehrlichen Nebenräume, Aborte (7, 18) und Bad (19) sich direkt an die Wachsäle I resp. I und III anschliessen.

Die Möglichkeit einer individualisirenden Sonderung der Kranken wurde durch die Dreitheilung der Wachsäle, die Zweitheilung der Tagräume gesichert.

So könnte, um ein Beispiel anzuführen, der an das Bad anstossende Wachsaal I die unruhigsten, Wachsaal II ruhigere, Wachsaal III die relativ ruhigsten Kranken aufnehmen oder es könnte ein Wachsaal für die körperlich Kranken oder für die Patienten der theueren Verpflegsklassen reservirt werden oder es könnte ein Wachsaal lediglich mit Paralytikern belegt oder es könnten die unter vollständiger Bettbehandlung stehenden Patienten in einem Saale vereinigt werden etc.

In analoger Weise könnte der eine Tagraum die relativ ruhigen, der andere die unruhigen Elemente aufnehmen u. s. w.

Die ununterbrochene Continuität der Pflege und Ueberwachung ist nachts durch eine Doppelwache sicher gestellt; die beiden wachhabenden Pfleger werden nach Mitternacht abgelöst und können in einem Zimmer (13, im I. Stock) die zweite Hälfte der Nacht schlafen; um die wachhabenden Pfleger in den Stand zu setzen, im Nothfalle rasch Unterstützung von Pflegern herbeizurufen, welche die Eigenheiten der in Frage kommenden Kranken kennen und über ihre Behandlung orientirt sind, wurde für zwei der unter Tag in der Wachabtheilung Dienst thuenden Pfleger in unmittelbarer Nähe des Wachsaales I ein kleines Schlafzimmer (13, parterre) vorgesehen. Im Nothfalle lassen sich demnach auch nachts rasch 6 Pfleger in den Wachsälen versammeln.

In unmittelbarem Anschlusse an Wachsaal III wurde ein Zimmer (6) für solche Kranke vorgesehen, welche einer intensiveren Pflege oder Aufsicht bedürfen, deren Angehörige aber Verpflegung in eigenem Zimmer wünschen und den hieraus erwachsenden Mehraufwand bezahlen; empfehlenswerth dürfte es sein, die Verpflegung im Privatzimmer von der Bezahlung eines eigenen Pflegers abhängig zu machen.

Isolirzimmer.

Der ganze Charakter der Abtheilung weist darauf hin, dass zeitweise vorübergehende Unterbringung von Kranken in Einzelzimmern — in Rücksicht auf die Sicherheit und Ruhe der Abtheilung — nicht zu vermeiden sein wird; dementsprechend wurden 3 Isolirzimmer (10, 12, 15) — von 13 qm Bodenfläche, 48 cbm Luftraum — vorgesehen; bei ihrer Anlage wurde darauf Rücksicht genommen, dass eine Belästigung der Kranken in den Wachsälen durch den event. von den Isolirzimmern ausgehenden Lärm nach Thunlichkeit vermieden werde.

Der Corridor (9), auf welchen die Isolirzimmer I und II (10, 12) münden, ist gegen das Treppenhaus (8) zu durch eine Glasthüre abschliessbar.

In ähnlicher Weise ist das von den Wachsälen überhaupt recht entfernt liegende Isolirzimmer III (15) durch eine den Corridor (16a) beim Treppenhause (14) theilende Glasthüre vom Wachsaale abgeschlossen.

Ebenso wurde eine gegenseitige Störung isolirter Kranker dadurch zu vermeiden gesucht, dass in der Horizontalen kein Isolirzimmer unmittelbar an ein zweites anstösst; die gegenseitige Störung in vertikaler Richtung lässt sich durch entsprechende Deckenkonstruktion und Fussbodenbelag auf ein zulässiges Mass zurückführen.

Die dem Wachsaale III benachbarten Isolirzimmer I und II (10, 12) erhalten Einblicköffnungen in den Thüren, damit auch nachts im Bedarfsfalle durch einen der beiden wachhabenden Pfleger eine zeitweise Controlle isolirter, aber einer gewissen Ueberwachung bedürftiger Kranker bethätigt werden kann, ohne dass die Patienten jedesmal durch Eintreten gestört werden müssten. Eine Wachuhr mit Stechvorrichtung — in die Wand eingelassen — ermöglicht die Controlle des Personales.

Bad.

Entsprechend der Bestimmung der Abtheilung werden stets für einen recht erheblichen Procentsatz der Kranken Indikationen für Badebehandlung gegeben sein; dementsprechend wurde auch der Baderaum (19), bei 30 qm Bodenfläche 3 Badewannen und einen Tisch mit Waschvorrichtungen enthaltend, gut belichtet, trefflich ventilirbar, direkt neben dem Wachsaale I (1) angelegt, so dass der die Badenden überwachende Pfleger leicht und rasch aus den Wachsälen wie aus der benachbarten Spülküche (17) Unterstützung herbeizurufen vermag.

Die Badeeinrichtung möge durch 1—2 fahrbare Badewannen, welche Bäder direkt neben einem beliebigen Krankenbette und in jedem beliebigen Raume zu verabreichen gestatten, ergänzt und vervollständigt werden.



Abort.

Zur Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse stehen den Patienten die unmittelbar an die Wachsäle I und III (15) angrenzenden beiden Aborte (7, 18) zur Verfügung; Wachsaal III möge einen ventilirbaren Nachtstuhl — mit Ableitung der Gase durch einen Luftschacht — erhalten; der eine Abort (18) ist auch vom Bade (19) aus direkt erreichbar und auch von der Spülküche (17) und den Isolirräumen (10, 12, 15) aus besteht, ohne dass ein Wohnraum passirt werden müsste, bequemer Zugang zu den Aborten.

Ein gewisser, bei diesem Construktionstypus aber nicht wohl zu vermeidender Nachtheil liegt in dem Umstande, dass von den Tagräumen aus die Aborte erst nach Passiren der Wachsäle I resp. III erreichbar sind; die Berücksichtigung des Umstandes, dass die Kranken der Abtheilung in weitaus überwiegender Mehrzahl unter Bettbehandlung stehen, d. h., nur einen mehr oder minder grossen Theil des Tages in den Tagräumen verbringen werden, dass demnach in der Regel für die Mehrzahl dieser Kranken eine Benützung des Abortes beim Aufstehen und beim Niederlegen — d. h. vom Wachsaale aus — genügen wird, dürfte diesen Mangel in milderem Lichte erscheinen lassen.

Spülküche.

Die Spülküche (17) (17,75 qm Bodenfläche), in welcher ein Pfleger mit Unterstützung einiger ruhiger Kranker die laufenden Reinigungsarbeiten verrichtet, ist, um ein Eindringen der zuweilen doch nicht einwandfreien Luft aus jenem Raume in die Krankensäle zu verhindern, vom Wachsaale I (1) aus nicht direkt zugänglich, sondern von diesem durch den Corridor 16b getrennt.

Handgarderobe.

Als Handgarderobe, in welcher lediglich jene Kleidungsstücke, welche für den momentanen Bedarf nothwendig sind, aufbewahrt werden sollen, diene das Zimmer (11); alles, was über den augenblicklichen Bedarf an Kleidungsstücken hinausgeht, ist in der im Giebelzimmer des Mittelbaues vorgesehenen Hauptgarderobe unterzubringen.

B. I. Stock.

Säle für Bettbehandlung.

Eine wesentliche Entlastung für die Wachabtheilung dürfte durch die im I. Stocke vorgesehene geschlossene Abtheilung für Bettbehandlung unruhiger Kranker herbeigeführt werden, in welcher jene Patienten Platz finden mögen, welche einer ständigen, auch über die Dauer der Nacht ausgedehnten Pflege und Aufsicht in der Regel nicht bedürfen, für welche jedoch in Rücksicht auf ihren psychischen oder somatischen Zustand Bettbehandlung indicirt resp. eine gewisse, intensivere Pflege und Aufsicht nothwendig erscheint; wird dauernde Ueberwachung eines dieser Kranken nothwendig, so ist die Versetzung unter Wache leicht und rasch durch die Transferierung in das Erdgeschoss bethätigt; bei vorübergehender Häufung überwachungsbedürftiger Pfleglinge — durch zahlreiche Zugänge — kann im ersten Stocke leicht vorübergehend eine weitere Wache etablirt werden.

Jedenfalls dürfte es zweckmässig erscheinen, beim Wachewechsel nach Mitternacht die abgelösten Wachpfleger einen Rundgang durch die Schlafsäle der oberen Abtheilung machen zu lassen mit der Anweisung, bestimmte Kranke auf den Nachtstuhl zu führen, etwa unrein Gewordene umzubetten, nach körperlich Kranken Umschau zu halten etc.

Die im Parterre als Wachsäle verwendeten Räume (1, 4, 5, 6) dienen den obigen Ausführungen entsprechend im I. Stocke als Säle für Bettbehandlung; auch hier möge ein Saal — und zwar derjenige, welcher im Erdgeschosse der gleichen Bestimmung dient — die unruhigsten Elemente aufnehmen; auch hier könnte ein Saal den Paralytikern oder den körperlich Kranken oder den Patienten der theueren Verpflegsklassen eingeräumt werden etc.

Tagräume.

Die Tagräume (2, 3) dürften auch hier den Ansprüchen entsprechen, zumal die dazu fähigen Kranken in den Stunden, welche sie ausser Bett verbringen, theilweise in der Strohfabrik, der Holzlege, im Freien zu leichtester Arbeit herangezogen werden mögen, für die Benützung der Tagräume also nicht oder nur zeitweise in Frage kommen.

Bezüglich der Situirung der Haupträume, bezüglich der Isolirräume, des Bades, der Aborte, der Handgarderobe gilt das für die entsprechenden Räume des Erdgeschosses Gesagte, wie denn überhaupt Eintheilung und Verwendung der Räume in beiden Stockwerken eine sinnentsprechend gleiche ist.

Zimmer des Arztes.

Als Ausnahme ist lediglich (17) zu erwähnen, ein Raum, welcher im Erdgeschosse als Spülküche verwendet, im I. Stocke dem dienstthuenden Arzte zur Verfügung steht; hier kann der Arzt die Ueberkleider ablegen, Verbände anlegen und kleine Operationen vornehmen, etc.; hier steht der Schrank mit Verbandmaterial, Instrumenten, Medikamenten; das Zimmer ist nur dem Arzte und dem Oberpfleger (resp. Abtheilungspfleger) zugänglich.



C. II. Stock.

Räume der Hausarbeiter.

Der II. Stock ist nur entsprechend den Fronttheilen der beiden Flügel ausgebaut; der Ostflügel enthält Tag- und Schlafraum — mit anschliessendem Aborte — für fünf ruhige, wenn möglich secundär Kranke, welche unter Aufsicht und Anleitung eines Pflegers das Personal bei den Arbeiten in der Spülküche, dem Reinigen der Zimmer, dem Putzen der Stiefel etc. unterstützen und so das Pflegepersonal nach Möglichkeit für die eigentliche Krankenpflege frei machen sollen.

Eine vollständige Trennung dieser Hilfsarbeiter von den unruhigen Kranken der beiden Hauptabtheilungen dürfte in gleicher Weise der Ruhe und Sicherheit der arbeitenden, wie der Sicherheit der unruhigen Kranken förderlich sein.

Zimmer des Abtheilungspflegers.

Im Westflügel befindet sich das Zimmer des Oberpflegers (oder wenn ein solcher nicht für das Haus verfügbar ist, des Abtheilungspflegers).

Handdepot, Hauptgarderobe.

Ausserdem sind Giebelzimmer als Handdepot und Hauptgarderobe verwendet.

Treppenhäuser.

Die Verbindung zwischen den Stockwerken ist durch zwei Treppenhäuser (8, 14) sicher gestellt, welche so angelegt sind, dass, wo immer auch im Hause ein Brand ausbrechen möge, den sämmtlichen Kranken doch stets mindestens eine Treppe zur Verfügung bleiben würde.

Hausthüren.

In das Freie gelangen die Patienten des Erdgeschosses durch je eine aus den beiden Tagräumen auf die Veranda — und von da in den Abtheilungsgarten — führende Thüre, die Kranken der oberen Stockwerke durch zwei den Treppenhäusern nahe liegende Ausgänge (von 9 und 16a aus). Eine weitere Communikation könnte von 6 und 19 aus hergestellt werden.

Veranda und Altan.

Die Veranda bietet die Möglichkeit, bettlägerige Kranke, welche mit dem Bette herausgefahren werden, in die frische Luft zu bringen, ohne sie den Witterungseinflüssen (Sonne, Wind, Regen) direkt aussetzen zu müssen; im 1. Stocke erhöht der entsprechende Altan — bei Verzicht auf Fensterschutz durch Gitter — die Sicherheit der Abtheilung, indem ein event. Sturz oder Sprung aus dem Fenster den Kranken nicht sofort in

Dimensionen und Verwendung der Innenräume.

Zimmer No.	Breite m	Tiefe m	Höhe m	Bodenfläche qm	Luftraum cbm	Bestimmung		
						Erdgeschoss	I. Stock	II. Stock
1	8,80	7,00	3,70	61,60	227,92	Wachsaal I	Saal für Bettbehandlung I	—
2	4,80	7,00	3,70	33,60	124,32	Tagraum I	Tagraum I	—
3	4,80	7,00	3,70	33,60	124,32	Tagraum II	Tagraum II	tlw. Hauptgard. (Giebelz.)
4	10,00	4,30	3,70	43,00	159,10	Wachsaal II	Saal für Bettbehandlung II	—
5	8,80	7,00	3,70	61,60	227,92	Wachsaal III	Saal für Bettbehandlung III	—
6	7,50	4,00	3,70	30,00	111,00	Separatzimmer	Separatzimmer	Zimmer des Abtheilungspfleg.
7	7,50	1,45	3,70	10,88	40,24	Abort	Abort	Abort
8	7,50	3,40	—	25,50	—	Treppe I	Treppe I	Treppe I
9	7,70	2,10	3,70	16,17	59,83	Corridor	Corridor	—
10	2,60	5,00	3,70	13,00	48,10	Isolirraum I	Isolirraum IV	—
11	1,70	5,00	3,70	8,50	31,45	Handgarderobe	Handgarderobe	Handdepot (Giebelz.)
12	2,60	5,00	3,70	13,00	48,10	Isolirraum II	Isolirraum V	—
13	2,00	5,00	3,70	10,00	37,00	Pflegerzimmer	Schlafz. der Wachablösung	—
14	2,30	5,40	—	12,42	—	Treppe II	Treppe II	Treppe II
15	2,60	5,00	3,70	13,00	48,10	Isolirraum III	Isolirraum VI	—
16a	7,70	2,10	3,70	16,17	59,83	Corridor	Corridor	—
16b	2,10	3,55	3,70	7,46	27,68			Tagraum d. Hausarbeiter
17	5,00	3,55	3,70	17,75	65,58	Spülküche	Zimmer für den Arzt	
18	7,50	1,45	3,70	10,88	40,24	Abort	Abort	Abort
19	7,50	4,00	3,70	30,00	111,00	Bad	Bad	Schlafraum d. Hausarbeiter



die Tiefe, sondern zunächst auf den Altan führt; in beiden Stockwerken dient die Anlegung einer Veranda resp. eines Altanes in der gegen Süden gerichteten Front des Baues dazu die Krankensäle vor direkter Beleuchtung durch die Sonne, vor zu grellem Lichte und vor zu starker Erwärmung, zu schützen.

Für die Heizung ist eine centrale, im Souterrain untergebrachte Anlage vorgesehen.

III. Vertheilung des Pflegepersonales.

Der Pavillon bietet Platz für 47 Kranke der III., 4 Kranke der I. und II. Verpflegsklasse. (Die Isolirzimmer können — weil nur zeitweise und vorübergehend zu belegen — hier nicht in Rechnung gezogen werden.)

Von diesen entfallen:

Auf das Erdgeschoss (Wachabtheilung) 21 Kranke III., 2 Kranke I. und II. Kl.,

auf den I. Stock (Abth. für Bettbehandlung) 21 Kranke III., 2 Kranke I. und II. Kl.,

auf den II. Stock (Hausarbeiter) 5 Kranke III. Klasse.

Da in dem Baue diejenigen Kranken vereinigt sind, welche in Bezug auf Pflege und Ueberwachung die höchsten Anforderungen stellen, erscheint die Verhältnissziffer: 1 Pfleger auf 6 Kranke nicht zu hoch gegriffen; es sind demnach 8 Pfleger etatsmässig vorzusehen, denen sich noch 2—4 Privatpfleger für die Patienten der teueren Verpflegsklassen zugesellen, so dass im Durchschnitte mit 11 Pflegern zu rechnen sein dürfte. Davon haben

3 Dienst in den Haupträumen (Wachsäle, Tagräume) des Erdgeschosses,

2 Dienst in den Haupträumen (Säle für Bettbehandlung, Tagräume) des I. Stockes,

je 1 Pfleger hat die Patienten der teuren Verpflegsklassen jeden Stockwerkes zu versehen,

2 Pfleger haben die Isolirzimmer zu besorgen und Dienst im Bade,

1 Pfleger besorgt mit den Hausarbeitern die Arbeiten in der Spülküche und die Reinigungsarbeiten,

1 Pfleger endlich übernimmt die Funktion des Abtheilungspflegers und hilft, wenn nicht in dieser Funktion in Anspruch genommen, in den Haupträumen des I. Stockes aus.

Es mögen hier einige Worte über das Institut des Abtheilungspflegers Platz finden.

Entsprechend der grossen Anzahl von Kranken, welche in dem Pavillon vereinigt sind, und zwar vorwiegend von solchen Kranken, welche einer intensiven Pflege und Aufsicht bedürfen, von Kranken, gegen welche sich das Pflegepersonal am leichtesten zu Gewaltthätigkeiten hinreissen lässt, im Hinblicke auf den Umstand, dass eine entsprechende Controlle des Personales in einem Pavillone, von welchem aus man den visitirenden Arzt oder Oberpfleger schon von weitem erblicken kann, auf besondere Schwierigkeiten stösst, erscheint eine ständige Ueberwachung des Pflegepersonals resp. des Dienstbetriebes wohl angezeigt.

Am besten wäre wohl, einen Oberpfleger im Pavillon wohnen zu lassen; erscheint dies nicht möglich oder aus besonderen Gründen nicht wünschenswert, so möge man einen Abtheilungspfleger aufstellen, indem ein im Dienste erprobter Pfleger, dem ein Funktionsbezug und nach Ablauf einiger Zeit pragmatische Rechte gewährt werden, die Aufsicht über das Haus erhält: er ist dem Arzte verantwortlich, dass alle Anweisungen desselben richtig ausgeführt werden, dass überhaupt der Dienst in der vorgeschriebenen Weise abläuft, dass — in erster Linie — das Personal sich keine Uebergriffe den Kranken gegenüber erlaubt; der Abtheilungspfleger besorgt die Hauptgarderobe, zu welcher er allein den Schlüssel besitzt, er übernimmt die Bedürfnisse des Hauses aus den Depots der Verwaltung; das Pflegepersonal hat seinen dienstlichen Anweisungen Folge zu leisten.

Diesen Aufgaben kann der Abtheilungspfleger nur gerecht werden, wenn er eine gewisse Autorität besitzt; da nichts mehr geeignet ist, dieselbe zu untergraben, eine in diesem Falle übel angebrachte „Collegialität“ zu erzeugen als das ununterbrochene Beisammensein mit den andern Pflegern — besonders das Schlafen im gemeinsamem Raume — wurde für den Abtheilungspfleger ein eigenes Zimmer vorgesehen, in welchem er schläft, welches er aber unter Tag nur zum Essen und zur Erledigung von schriftlichen Arbeiten etc. aufsuchen darf.

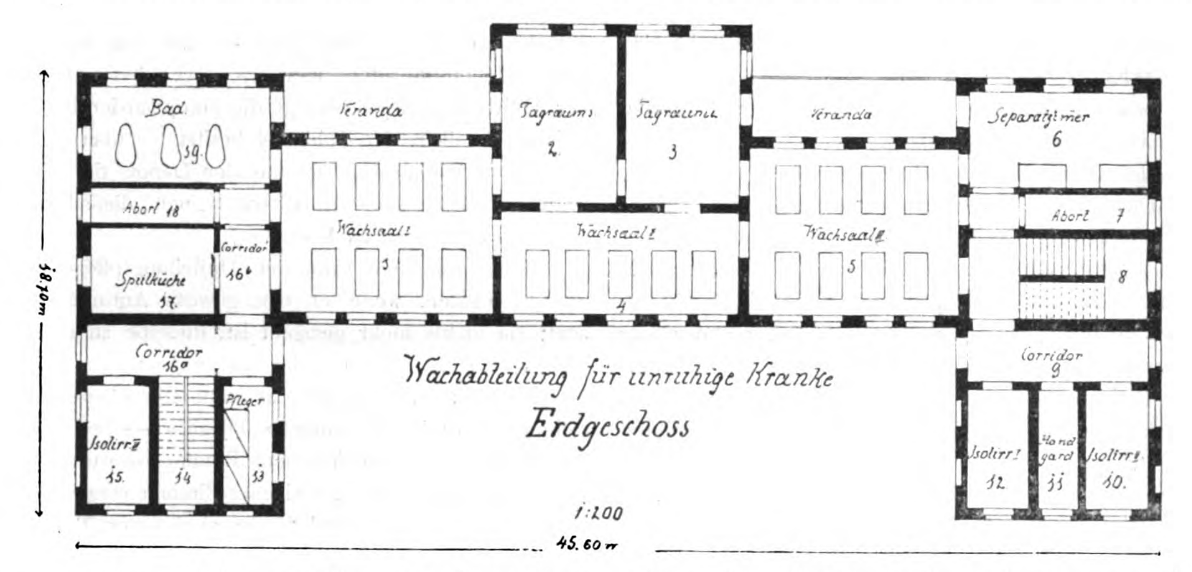
Für die Nacht tritt folgende Vertheilung des Personales ein: 2 Pfleger schlafen in (13) im Erdgeschosse — zur event. Unterstützung der Wachpfleger; je einer in (1), (4), (5), (6) des 1. Stockwerkes, einer im Schlafraume der Hausarbeiter im II. Stocke, die 3 — abgesehen von dem Abtheilungspfleger — noch restirenden lösen die Wachpfleger ab, d. h. schlafen in den Räumen, in welchen die jeweilig wachhabenden Pfleger gewöhnlich ihre Nächte verbringen.

IV. Einpassung in den Rahmen einer Anstalt.

Berechnen wir den durchschnittlichen Bedarf an Plätzen in der unruhigen Wachabtheilung für eine Provincial-Irrenanstalt mit mittleren Aufnahmeziffern auf 8% des Krankenstandes — ein Procentsatz, der wohl als entsprechend bezeichnet werden darf, wenn wir die bedeutende Entlastung der eigentlichen Wachabtheilung durch die für Bettbehandlung eingerichtete

Abtheilung des I. Stockwerkes berücksichtigen — so ergiebt sich, dass die oben beschriebene Wachabtheilung, welche die Überwachung von 23 Kranken (8 in (1), 5 in (4), 8 in (5), 2 in (6) gestattet, für eine männliche und weibliche Hauptabtheilung von je 287, demnach für eine Anstalt bis zu 575 Kranken genügen würde.

In einer modernen Anstalt, mit ausgedehntem agrikolem Betriebe, mit strikt nach Indikation durchgeführter Bett- und Bäderbehandlung dürfte der Bedarf an festen Isolirräumen — welche natürlich soweit möglich mit Bett, Stuhl, Tisch auszustatten sind — 3% des Bestandes der männlichen, 4% desjenigen der weiblichen Abtheilung wohl nicht übersteigen; 6 Isolirräume sind in dem obigen Projekte vorgesehen



— 3 weitere auf der männlichen, 5 weitere auf der weiblichen Abtheilung anderen Pavillons anzureihen — die sohin vorgesehenen 9 Isolirzimmer würden für eine männliche Abtheilung von 270 genügen, während 11 einer weiblichen Abtheilung von 275 entsprechen würden, sodass Isolirzimmer für eine Anstalt von 545 Kranken vorhanden wären.

Die projektirte Wachabtheilung würde demnach unter den obigen Voraussetzungen einer Provincial-Irrenanstalt von 500—600 Kranken entsprechen.

Der bautechnische Fachmann wird aus — hoffentlich nur kleinen — Fehlern und Unebenheiten der Skizze wohl unschwer erkennen, dass sie das Werk eines „Laien" in seinem Sinne ist, welches wohl noch verschiedener Correcturen auch vom bautechnischen Standpunkte aus bedarf: die Arbeit des Psychiater will und soll den Techniker nicht übergehen, sie soll aber und sie muss ihm, den die Aufgabe des Baues einer Irrenanstalt wohl in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle vor eine Reihe ungewohnter und ungewöhnlicher Probleme stellt, klar und deutlich vor Augen führen, was der Arzt wünscht und erstrebt.

Ich glaube, keinem Psychiater wird anfänglich ein peinliches Gefühl von Unsicherheit ferne geblieben sein, als er sich zum ersten Male vor die Aufgabe gestellt sah, bei dem Neubaue oder der Erweiterung einer Anstalt berathend oder gar beschliessend mitzuwirken. — Und das darf nicht Wunder nehmen: Das bautechnische Gebiet liegt unserem Studiengange ferne; es sich zu erschliessen ist nicht ganz leicht: unsere Zeit ist gewöhnlich durch den Dienst, durch die notwendige Fortbildung auf spezialwissenschaftlichem wie auf allgemein ärztlichem Gebiete mehr oder minder vollständig in Anspruch genommen; die Mittheilungen über bereits bestehende Bauten sind in der periodischen Fachlitteratur, in den Jahresberichten, in einzelnen Monographien zerstreut und es ist nicht ganz leicht, sie zu sammeln und es ist sehr schwer, in der relativ kurzen gewöhnlich zur Verfügung stehenden Zeit sich über die Verschiedenheit der zu Grunde liegenden Faktoren, welche die wirklich enormen Verschiedenheiten der Ansichten und damit die grosse Verschiedenheit der verschiedenen Anlagen bedingten, vollständig klar zu werden, dementsprechend dies oder jenes beizubehalten, anderes zu verwerfen, um schliesslich auf Grund der durch die Lectüre wie durch die bisherigen praktischen Erfahrungen gewonnenen Anschauungen den Grundriss festzulegen. —

Und nun beginnen, will man nicht einfache Copien bereits bestehender Bauten schaffen, neue Schwierigkeiten: Der Psychiater weiss theoretisch genau, was er will — aber die Fähigkeit, seine Gedanken, Wünsche,



Pläne in Form eines exakten Grundrisses zu Papier zu bringen, eignet ihm in der Regel wohl nicht — umgekehrt wird es dem Techniker wohl nicht gelingen, mit seiner Construction sofort den Intentionen des Arztes gerecht zu werden; in weiteren Sitzungen stossen ärztliche Forderungen auf bautechnische Bedenken, bautechnische Postulate auf ärztliche Einsprüche — und in dem Werke, dass schliesslich resultirt, ist manches, was theoretisch richtig postulirt war, praktisch verloren gegangen. —

Leichter für den Arzt wie für den Techniker wird sich die Aufgabe gestalten, wenn der Psychiater an der Hand einer grossen Anzahl von Grundrissskizzen seine Wünsche in concreter Form zu zeigen vermag, indem er diejenige Skizze, welche den thatsächlichen Verhältnissen der betr. Anstalt, seinen persönlichen Wünschen und Ansichten am meisten entspricht, dem technischem Fachmanne vorlegt und ihm an der Hand einiger anderer Skizzen zeigt, wie dieser oder jener Mangel, der dem gewähltem Grundrisse anhaftet, dort vermieden wurde.

Von diesen Gesichtspuncten ausgehend, habe ich eine grosse Anzahl von Entwürfen der verschiedenen Bauten (Wachabtheilungen, geschlossene Abtheilungen, offene Landhäuser für Arbeiter, Häuser für familiäre Verpflegung, Pfleger- Kranken-Häuser), aus welchen sich Irrenanstalten (Stadtasyle, Kliniken) der verschiedensten Grösse zusammensetzen, angefertigt und beabsichtige, wenn beiliegende Skizze und das ganze Project in Fachkreisen Beifall finden sollte, diese Sammlung ergänzt und vervollständigt durch Abbildung, Schilderung und Kritik bereits bewährter Bautypen unter Mitwirkung eines bautechnischen Fachmannes herauszugeben; — ich wäre daher für Kritiken des vorstehenden Einzelprojektes wie für Meinungsäusserungen über den Werth einer derartigen, zusammenfassenden Arbeit im Gebiete des Anstaltsbauwesens und für die event. Zusage der Unterstützung durch Überlassung von Plänen wie durch Mitarbeiterschaft an einer Arbeit, welche die Kräfte eines Einzelnen wohl übersteigt, ausserordentlich dankbar. — —

An dieser Stelle möchte ich mir gestatten, Herrn Geheimrath Schüle-Illenau für seine liebenswürdige Kritik einiger Grundrissskizzen meiner Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen — ich hoffe die Mängel der ersten Bearbeitung dieses Bautypus, auf welche er die Güte hatte mich hinzuweisen, soweit möglich beseitigt zu haben; auch Herrn Professor Dr. Binswanger, Jena, und Herrn Director Dr. Scholz sen. bitte ich für ihre gütige, nachsichtige Kritik einer früheren Privatarbeit meinen verbindlichsten Dank aussprechen zu dürfen.

Ein Wort in eigener Sache.

In dem in der vorigen Nummer dieses Blattes erschienenen Artikel des Prof. Dr. Bleuler „Trinkerheilstätte und Irrenanstalt" betont der Verfasser die komische Wirkung, wenn ich es als einen Missstand empfinde, dass Alkoholiker ein Delirium simuliren, um einige Tage in der Anstalt zubringen zu können. Auch ich bekenne mich von dem komischen Eindrucke nicht frei, den der Satz in dieser Fassung auf mich gemacht hat; viel komischer jedoch berührt mich die Zumuthung, ich hätte derlei Unsinn wirklich behauptet. Da ich nicht annehmen kann, dass Herr Prof. Bleuler meine Worte absichtlich entstellt habe, so bleibt nur die Alternative übrig, dass er falsch berichtet worden ist.

Ich führte in meinem Vortrage aus, dass eine nicht unbeträchtliche Anzahl von ethisch defekten Trinkern, durch den allzu langen Aufenthalt in der Irrenanstalt zu förmlichen Habitués geworden, wenn sie endlich entlassen worden sind, absichtlich in die ihnen bequeme Versorgung wieder zurückzukehren suchten, indem sie theils gewisse psychopathische Symptome simulirten, wobei ihnen die aus dem früheren Aufenthalte in der Irrenanstalt gewonnene Bekanntschaft der Psychosen sehr zu statten kam, theils sich einen Zweckrausch antranken, um dann in diesem Zustande ihre beabsichtigte Aufnahme in die Irrenanstalt zu ermöglichen. Viele dieser Leute waren schon gerichtlich vorbestraft. Das Alles wurde in jedem einzelnen Falle sicher gestellt, und ich muss dazu noch bemerken, dass in manchen dieser Fälle eigentliche Symptome von akutem Alkoholismus bei der Aufnahme nicht constatirt werden konnten, dass es sich also um eine Recidive der Trunksucht gar nicht handelte, sondern dass die betreffenden Simulanten durch Vortäuschung gewisser als krankhaft zu deutenden Symptome (Wahnideen, Majestätsbeleidigung, Gotteslästerung, Sich nackt ausziehen auf der Strasse u. s. w.) um so sicherer ihr Ziel erreichten, als sie das Entlassungscertifikat der Irrenanstalt vorsichtshalber bei sich in der Tasche trugen. Ich sagte auch, dass viele, sobald ihnen die Mittheilung geworden, dass man ihre Kniffe durchschaut hatte, aus ihrer Simulation kein Hehl machten und gleich nach der Aufnahme mit lachendem Munde erklärten, es sei ihnen in ihrer Nothlage nur darum zu thun gewesen, für einige Zeit



wieder in die Irrenanstalt zu kommen. Andere wieder suchten ihre Aufnahme im Wege eines Zweckrausches zu erzielen, indem sie eingestandenermaassen einige Viertelliter Wein tranken, im angeheiterten Zustande einen Sicherheitswachmann anrempelten oder zum Polizei-Commissariate gingen, um dort einen Excess zu veranstalten. Sie kamen in die Irrenanstalt entweder schon ernüchtert, oder es verschwanden, wo dies nicht der Fall war, die Folgen des Rauschzustandes in der kürzesten Zeit, nicht selten schon in wenigen Stunden.

Das war der Inhalt und Sinn meiner Ausführungen hinsichtlich der Simulanten. Von einer Simulation eines Deliriums war niemals die Rede.

Darüber nun, ob Leute der beschriebenen Art nach dem Verschwinden psychotischer Erscheinungen als geisteskrank im weiteren Sinne anzusehen und in der Irrenanstalt dauernd festzuhalten sind, habe ich trotz Bleuler meine eigene Meinung. Und das ist gut. Gut im Interesse der n. ö. Landes-Irrenanstalten, welche nun ihr allergrösstes Uebel los sind, aber auch gut im Interesse der arbeitsscheuen Anstaltsbummler selbst, denen die leidige Krankheitssuggestion gründlich benommen wurde und welche nun gezwungen sind, soweit sie es vermögen, für ihren Lebensunterhalt anderweitig vorzusorgen. Soviel mir bekannt geworden ist, verdienen sich die meisten jetzt ihr Brod selbst; ab und zu fallen sie auch dem Unterstützungsvereine für geheilt entlassene Geisteskranke zur Last. Andere sind in verschiedenen Versorgungsanstalten und Arbeitshäusern untergebracht. Mag es immerhin Psychiater geben, welche die theoretische Richtigkeit meiner Anschauung zu bezweifeln geneigt sind; für meine Anschauung spricht der praktische Erfolg. Der Erfolg besteht aber darin, dass die überwiegende Mehrzahl jener Leute (es wurden deren 46 beschrieben) sich seit Jahren in der Freiheit hält und den Versuch, in die Irrenanstalt zurückzukehren, definitiv aufgegeben hat. Es dürfte wohl auch wenig dem Charakter einer Geisteskrankheit entsprechen, wenn es von dem jeweiligen Belieben des Betreffenden abhängt, ob er in die Irrenanstalt kommen will, oder ob er es vorzieht, in der Freiheit zu bleiben.

Glücklicherweise stehe ich mit meiner Ansicht nicht allein. Nur den vereinten Bemühungen sämmtlicher Anstaltsärzte, des Herrn Prof. v. Wagner an der Spitze, ist der volle Erfolg in der Sache zu verdanken. Auch die Direktoren der übrigen n. ö. Landes-Irrenanstalten theilen, soweit mir bekannt ist, dieselbe Anschauung und sind damit sehr zufrieden.

Regierungsrath Dr. Tilkowsky.

Therapeutische Mittheilung.

Mit dem in der letzten Zeit von den Troponwerken in Mühlheim Rh. in den Handel gebrachten Tropon, das sich vor dem älteren Präparat durch eine feinere Beschaffenheit auszeichnet und so ziemlich geruch- und geschmacklos ist, wurden in der Heil- und Pflegeanstalt zu Merzig von Dezember bis Februar eine Reihe von Versuchen an einem grösseren Krankenmaterial angestellt und zwar nach zwei Richtungen hin, einmal, um zu sehen, wie lange das Präparat ohne Widerwillen zu erregen von den Kranken aufgenommen wird, und dann, ob und in welcher Weise der Ernährungszustand der Kranken unter Tropondarreichung sich hebt. Ganz abgesehen wurde davon, den täglichen Eiweissbedarf ausschliesslich durch Tropon zu deken, eine solch reizlose Kost würde von den Kranken wohl überhaupt nicht genommen werden, abgesehen wurde ferner davon, den täglichen Eiweissbedarf theilweise durch Tropon zu ersetzen, um die Kranken nicht von vornherein misstrauisch zu machen, es wurde vielmehr gleichsam eine Uebérernährung angestrebt, indem zu der gewöhnlichen Krankenkost noch Tropon gegeben wurde. Die täglich gereichte Troponmenge betrug 50 Gramm, d. h. dreimal täglich einen gehäuften Esslöffel; morgens und nachmittags wurde es in $^1/_2$ Liter Milch gegeben, mittags in der Suppe verrieben. Trotz dieser etwas primitiven Zuführungsform — eine andere verbot sich durch die äusseren Umstände d. i. Umbau der Küche, wobei das Küchenpersonal unmöglich noch mehr belastet werden konnte — nahm die überwiegende Mehrzahl der Kranken das Präparat gern und nimmt es jetzt durch ca. 14 Wochen weiter, ohne irgend welchen Ueberdruss zu zeigen. Einige wenige Kranke, wiesen die Aufnahme von Tropon in Milch zurück, weil sich in der Milch, wie in Flüssigkeiten überhaupt, wenn sie nicht beständig gerührt und rasch getrunken werden, regelmässig das Tropon am Boden als schlammige Masse absetzt. Sie nahmen es daher ausschliesslich in Suppen, wobei sich das Umrühren viel leichter bewerkstelligen lässt und der Bodensatz im Teller niemals so dick wird wie in der Tasse. Wieder andere waren allerdings durch kein Mittel zu bewegen, das Tropon zu nehmen. Es handelte sich dabei durchgängig um ängstlich verstimmte Kranke, die sich zu Versuchszwecken auch deshalb als unbrauchbar erwiesen, weil ihre Nahrungsaufnahme überhaupt eine sehr wechselnde, vielfach ganz unzureichende war.

Was nun die Erfolge dieser Tropondarreichung betrifft, so zeigten sich die günstigsten Resultate bei Rekonvalescenten. Es konnte bei allen eine von Woche zu Woche stetig sich steigernde Gewichtszunahme (bis zu 5 Pfund wöchentlich) nachgewiesen werden. Ganz gute Erfolge wurden auch bei den Nahrungs-



verweigerern erzielt, die mit der Sonde gefüttert wurden (6). Sie erhielten zweimal täglich je 1 Liter Milch, 2 rohe Eier, 15 Gramm Zucker und 25 Gramm Tropon. Bei zweien derselben wurde ausserdem vor jeder Fütterung der Magen ausgespült und darauf 0,3 Salzsäure in Lösung beigebracht. Die Spülflüssigkeit enthielt ausser spärlichen Schleimflocken niemals unverdaute Speisereste. In vier Fällen erfolgte eine, wenn auch mässige Gewichtszunahme (10, 5, 4, 3 Pfund in 10 Wochen), in einem Fall blieb das Körpergewicht während der Versuchszeit dasselbe, der sechste Fall kam ad exitum.

Ganz unbeeinflusst von der Tropondarreichung blieb das Körpergewicht bei manischen Kranken, es stieg und fiel je nach der Intensität und Dauer der Erregung, obwohl gerade von diesen Kranken das Tropon regelmässig genommen wurde. Demnach kann die Darreichung von Tropon bei in der Rekonvalescenz begriffenen Kranken und bei Nahrungsverweigerern nur empfohlen werden.

Mittheilungen.

— Bericht über die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin, am 22./23. April (Fortsetzung).

Siemerling beschreibt den als Etat criblé bekannten Befund, den er bei Paralyse gemacht hat und der durch Erweiterung perivasculärer Lymphräume bedingt ist. In einem Falle von tabetischer Paralyse, bei dem die Section 22 Stunden nach dem Tode gemacht worden und sich nebenbei Sklerose der Aorta und Degeneration der Hinter- und Seitenstränge fand, wies das in Müller'scher Flüssigkeit und Formol gehärtete Gehirn namentlich im vorderen Theile zahlreiche ovale, sehr kleine bis erbsengrosse und noch grössere Höhlen auf; auch im Stamm- und Kleinhirn fanden sich solche, manche communicirten miteinander. Die Wand dieser Hohlräume war theils von Gehirngewebe, theils von Resten von Gefässen oder elastischen Fasern gebildet. In den Gefässwandresten fanden sich Bakterien, Kurzstäbchen. Siemerling hält diese Veränderungen für postmortale Cystenbildungen, welche von aus dem Darm stammenden, gasbildenden Bakterien nach dem Tode hervorgerufen worden sind. Ferner berichtet Siemerling über eine eigenartige Geschwulstbildung im Stirnhirn eines Paralytikers; es handelte sich um hyaline Massen, welche cakteenartig in die Gehirnsubstanz eingebettet waren und vielleicht das Product einer cylindromartigen Neubildung darstellten. In der Discussion stimmte Nissl der Auffassung, dass es sich um eine postmortale Bildung bei jenen Cysten handle, bei. die man auch experimentell durch Faulenlassen von Gehirnen erzeugen, aber auch bei noch frischen Gehirnen antreffen könne; er wirft die Frage auf, ob das Hyalin nicht vielleicht aus dem Myelin stammt. Bernhard hat ähnliche Cysten in Leber, Milz und Herzmuskel eines Idioten gefunden; daneben vorhandene Blutergüsse sprachen für die vitale Entstehung. Es waren zahlreiche Bakterien vorhanden und scheint eine Infection der Organe vom Darm aus stattgefunden zu haben.

Meyer bringt eine Statistik der Puerperalpsychosen aus der Tübinger psychiatrischen Klinik. Die beobachteten 51 Fälle von Wochenbett- und Laktationspsychosen bildeten nur 4,5 % der Gesammtzahl der aufgenommenen geisteskranken Frauen. Es fand sich darunter 11 Mal Melancholie. 4 Mal periodische Melancholie, 3 Mal circuläres Irresein, 5 Mal Paranoia, 9 Mal acute Verwirrtheit, 14 Mal Katatonie, 2 Mal Hebephrenie, 2 Mal epileptisches und 1 Mal hysterisches Irresein. Geburt und Laktation sind häufig nur auslösende Gelegenheitsursachen. Nur 5 Mal wurde puerperale Infektion constatirt; doch war die gynäkologische Untersuchung nicht in allen Fällen ausgeführt worden. 5 Mal lag Mastitis vor. In 29 Fällen bestand erbliche Belastung. Es giebt keine spezifische Puerperalpsychose; die Prognose bietet nichts von deren sonstigen Regeln Abweichendes. — In der Discussion kam einerseits zum Ausdruck, dass die Puerperalpsychosen gegen früher seltener geworden sind und es wurde dies auf die verbesserte Hygiene der Geburt und des Wochenbetts (Antisepsis — Knecht, Hitzig u. A.), bessere Ernährung der Wöchnerin (Alt) bezogen, andrerseits bewegte sich die Debatte lebhaft auf dem Gebiete der klinischen Definition, wobei z. B. Wernicke vermuthete, dass unter Meyer's Katatonien sich vielleicht auch Motilitätspsychosen fänden, Aschaffenburg auf den Uebergang von Melancholie in periodische und circuläre Formen, Weygandt auf das manisch-depressive Irresein, Schiller auf das häufige Vorkommen von Eifersuchtswahn bei Puerperalpsychosen hinwies, Andere wiederum vor zu weitgehender Classification warnten, z. B. Fürstner (mit Hinweis auf die neue Prüfungsordnung) und Schüle, der betont, dass bei Stupor die vasomotorische Schwäche meist von übler Bedeutung sei, und der die Katatonie als besondere Krankheitsform gelten lässt. Schönfeldt (Riga) berichtet, dass in seiner Heimath eine Abnahme der Puerperalpsychosen nicht stattgefunden hat, weil eben die Wochenbetthygiene noch sehr im Argen liege.

Kaplan: Färbungen des Nervensystems.

I. Neurokeratinfärbung.

Das Säure-Fuchsin ist mit Kali-Alcohol-Differenzirung 1882 von Weigert zur Markscheidenfärbung verwendet worden, jedoch ergab es, besonders bei peripherischen Nerven, kein günstiges Resultat.

Bei Färbung von regulär in Müller gebeizten Celloïdin- oder Paraffinschnitten in Säure-Fuchsin $^1/_8$% einen oder mehrere Tage im Brütofen, mit nachfolgender Differenzirung in Kali hypermang. und schwefliger Säure in statu nascendi ergiebt sich eine elective Markscheidenfärbung, welche — wie sich am Besten, keineswegs ausschliesslich, bei vorher 1—2 Tage in Formol-Müller (1 : 10) fixirten Präparaten zeigt —, das Ewald-Kühne'sche Neurokeratin-



gerüst electiv darstellt. Auch Blockfärbung (1% Säure-Flichsin-Formol, dann 1% Säure-Fuchsin-Müller) ist mögtich, da es sich nicht um eine Impraegnation, sondern um eine Tinction handelt. Ausdrücklich wird vor langem Aufenthalt (in 80%-) Alcohol, besonders nach der Färbung, gewarnt.

Die Frage, ob das Neurokeratin auch intra vitam in der von Ewald und Kühne beschriebenen, auch hier sichtbaren Form angeordnet sei, erörtert Vortragender nicht näher, weil dies durch das vorliegende Verfahren nicht geklärt werden könne; da man es aber practisch überhaupt nur mit Aequivalentbildern der Wirklichkeit im Sinne von Nissl zu thun habe, komme es vor Allem darauf an, ob das Bild unter pathologischen Verhältnissen anders sei, als normal; dies ist der Fall (Demonstration an durchschnittenen Nerven etc.: an Stelle der grobbalkigen — eine feine körnige, unregelmässige Anordnung etc.).

Da eine Färbung des pericellulären Golginetzes und des Joseph'schen Axengerüsts nicht stattfindet, kann Vortragender der Annahme ihrer Entdecker, dass es sich hier um Neurokeratingebilde handele, nicht zustimmen.

II. Axencylinderfärbung.

Anwendung von wässriger Lösung von Anthraceneisengallustinte (1 : 10) am Besten auf Müller-Präparate (Methode s. Neurol. Centralbl. 1901, Nr. 8).

Wesentlich erscheint u. A. die Anwendbarkeit auf Paraffin. Vortragender warnt auch hier vor langem Aufenthalte der Präparate in Alcohol, besonders 80%, sei es vor oder nach der Färbung. Selbst bei mangelhafter Vorbehandlung oder Differenzirung entfärbt sich die Glia sehr früh, zuletzt — vor dem Axencylinder — die sog. ‚Zwischentrichterkittsubstanz', so dass selbst dann Verwechslung mit nicht der Nervenfaser angehörigen Gewebsbestandtheilen ausgeschlossen ist. Normaliter wird der Axencylinder allein ungemein intensiv gefärbt, — und zwar erst in einer gewissen Entfernung von der Zelle und etwa da aufhörend, wo die Markscheide verschwindet.

Die Axencylinderstützsubstanz, um die es sich offenbar handelt, muss also an gewissen Stellen — im Wesentlichen anscheinend dem markhaltigen Theile der Nervenfaser entsprechend — eine besondere, andere Beschaffenheit haben als in dem, der Ganglienzelle unmittelbar angrenzenden Abschnitte einerseits und dem jenseits der markhaltigen Parthie liegenden Theile andrerseits. Der so gekennzeichnete Theil des Axoplasmas (Waldeyer) entwickelt sich auch, wie es scheint, in der Hauptsache Hand in Hand mit der Markscheide (Demonstration). Es dürfte dies ebenfalls für die Annahme einiger Autoren (Engelmann, Hertwig u. A.) sprechen, dass der Axencylinder in toto nicht ein Theil einer Ganglienzelle, sondern das Differenzirungsproduct einer Zellcolonie sei. —

Baelz bringt an Stelle des angekündigten Vortrags eine Mittheilung über eine an sich selbst beobachtete „Emotionslähmung". Baelz hat währen seines vieljährigen Aufenthalts in Tokio vielfach recht heftige Erdbeben erlebt, ohne dabei jemals von einem ausgesprochenen Angstaffekt befallen worden zu sein. Auch bei einem der grössten Erdbeben, die er mitgemacht, wo die Holzgebäude krachten, die Häuser an der Strasse wankten und wegen der in letzterer befindlichen Feuerheerde der Ausbruch einer grossen Feuersbrunst zu befürchten war, verlor er zunächst seine Fassung nicht; in der Sorge um die Seinen brach er seine Fahrt zu Patienten ab, um nach Hause zu eilen. Da plötzlich ging eine merkwürdige Wandlung in ihm vor sich, wie er sagt, eine plötzliche Trennung des Gefühlslebens von der Denk- und Willenskraft. Alle Regungen der Fürsorge und des Mitleids mit seinen gefährdeten Angehörigen waren plötzlich geschwunden, selbst die Besorgniss um die Sicherheit des eignen Lebens war völlig erloschen. Er fühlte sich in der Lage eines Beobachters, der sich der unbefangenen Betrachtung eines grossen anregenden Schauspiels der Natur hingiebt, dabei war es ihm, als ob er leichter und schneller denke, als ob er einen beliebigen physikalischen Vorgang vor sich habe, in dessen Ablauf er jeden Augenblick eingreifen könne und wolle, kurz, es war so etwas wie ein Uebermenschenthum über ihn gekommen. Seine Gemüthsstimmung war dabei eine ausgesprochen euphorische. Dieser Zustand dauerte nur wenige Minuten und endete so spontan und plötzlich wie er gekommen; nachher verspürte Baelz keinerlei geistige oder körperliche Müdigkeit. Er vergleicht diese psychische Verfassung mit derjenigen, wie sie von Leuten beschrieben wurde, die aus grosser Höhe herabfielen oder die dem Tode durch Ertrinken nahe waren. Auch Livingstone hat einen ähnlichen Zustand beschrieben; im Moment, als er aus dem Schlaf erschreckt sich von einem Löwen angefallen und am Arm gepackt sah, habe er, frei von allem Gefühl der Angst, nur den einen Gedanken gehabt, zu beobachten, was das Thier mit ihm anfangen würde. Baelz wünscht, dass ihm aus dem Kreise der Psychopathologen eine Erklärung jenes sonderbaren Zustandes gegeben werden möchte, worauf Wernicke sich dahin äussert, dass es sich um einen vorübergehenden manischen Zustand gehandelt habe; die unter normalen Verhältnissen verschiedene Werthigkeit der Associationen sei durch die Uebererregung aufgehoben gewesen; die heitere Gefühlslage und die Beschleunigung der Vorstellung, das gehobene Selbstgefühl entspräche ebenfalls dem manischen Symptomencomplex. —

Henneberg berichtet über die in der Charité während der letzten Jahre beobachteten Geistesstörungen, welche im ursächlichen Zusammenhang mit dem Spiritismus stehen; die Zahl der einschlägigen Beobachtungen beziffert sich auf elf. Er führt aus, dass die spiritistische Bewegung einerseits geistig Minderwerthige anzieht, welche durch die mit dem Spiritismus verbundenen seelischen Aufregungen (Hypnosen, Autosuggestionen, letztere in Verbindung namentlich mit der Psychographie, deren Apparate Henneberg demonstrirt, der Verkehr mit Geistern, deren oft schreckhafte Mittheilungen und Wahrsagungen) in Geistesstörung verfallen, z. B. hallucinatorisches Irresein, andererseits Personen, die bereits geisteskrank sind und bei dem Spiritismus eine Erklärung ihrer krankhaften Vorgänge zu finden hoffen,

namentlich des Besessenheitswahns; dass endlich auch Geisteskranke oft als Medien bei spiritistischen Versuchen verwendet werden. Der Spiritismus sei aber nicht nur speciell für Nervöse eine gefährliche Sache, sondern, da seine Vertreter meist als Magnetiseure Kurpfuscherei treiben, eine Quelle von Schäden für die allgemeine öffentliche Gesundheitspflege.

Hebold u. Bratz: Die Rolle der Autointoxication bei der Epilepsie. Die Anschauung von der Epilepsie als einer Nervenkrankheit erschien bisher so sicher, dass es überrascht, wie auch sie der Zeitrichtung zufolge als Stoffwechselkrankheit angesprochen wird. Zunächst ging man nicht so weit, sondern in der Suche nach objectiven Zeichen der Epilepsie fand man Veränderungen des Stoffwechsels zu Zeiten der Anfälle, dann brachte man diese in Verbindung miteinander zur Erklärung der Anfälle, ähnlich wie der Anfälle bei Migräne vor der progressiven Paralyse, und schliesslich sonderten Einige eine Gruppe derselben als toxämische aus. Die Angaben der einzelnen Untersucher widersprachen sich indessen so, dass eine Nachuntersuchung dringend erforderlich erscheint.

Unsere Versuche wurden an Hunden und weissen Mäusen, welch letztere in vieler Beziehung sich empfehlen, gemacht und dabei mit Berücksichtigung der früheren Erfahrungen in verschiedenartiger Anordnung ausgeführt. Um alle Fehlerquellen auszuschliessen, nehmen wir nur Einspritzungen unter die Haut mit ganz frischem defibrinirten Blut oder mit Harn vor, der vorher wieder auf Körperwärme gebracht war. Bei jungen Hunden brachte der Urin gesunder Leute, in steigenden Mengen, ein sichtliches Uebelbefinden hervor, das in 20 bis 30 Minuten zu Tage trat. Der Urin von Epileptikern zeigte keinen wesentlichen Unterschied, ob er vor dem Anfall oder in der ersten Zeit danach gelassen war. Krampferscheinungen treten nicht einmal nach Urin bei Anfallsserien oder Status epilepticus auf.

Auch das Einspritzen von Blut ergab nichts Besonderes. Die Wirkung blieb auch bei Hunden aus, denen wir Herde im Gehirn, insbesondere in der Hirnrinde angelegt hatten, ebenso bei einem Wurf von Hunden, deren Erzeuger längere Zeit Alkohol in der Absicht, eine Prädisposition zur Epilepsie zu erzeugen, erhalten hatten.

Mäuse ertragen die Einspritzung von Urin Gesunder ohne sichtbare Folgeerscheinungen. Carbaminsaures Ammoniak in der Dosis von 0,01 macht sie krank und bringt bei einzelnen leichte Zuckungen ohne sonstige Störung hervor. Bei 0,02 starben sie gewöhnlich und bieten zuletzt ein Bild, das dem Status epilepticus ähnlich sieht. Es handelt sich aber um eine acute Vergiftung eigener Art und keine Epilepsie.

Der Urin Epileptischer nach den Anfällen war, wenn überhaupt eine Wirkung vorlag, von mässigem Einfluss auf das Wohlbefinden, Krämpfe kamen nie zur Beobachtung. Status-Urin führte manchmal zum tödtlichen Ausgange. Doch konnten hier Toxine vorliegen, welche von der den Status begleitenden Krankheit (Pneumonie) stammten, denn bei dem nächsten Status derselben Patienten liess sich keine toxische Wirkung erzielen. Jedenfalls liess sich bei den Versuchen keine Regelmässigkeit erkennen. Auch die Fälle, wo man nach der Beschreibung Binswanger's eine toxämische Epilepsie annehmen konnte, ergeben widersprechende Wirkungen, bei zeitlich durch Monate getrennten Versuchen.

Wir sehen zwar unsere Versuche nicht als abgeschlossen an, aber soviel dürfte doch aus den sich widersprechenden Angaben der verschiedenen früheren Beobachter und aus unseren Untersuchungen sich ergeben:

1. Die toxische Wirkung der Körpersäfte Epileptiker aus einer Anfallszeit lässt keine Schlüsse zu. Man muss vielmehr einzelne Kranke längere Zeit auf die Toxicität ihrer Körpersäfte prüfen, ehe man ein abschliessendes Urtheil fällen darf.
2. Der letzte Grund der Epilepsie ist nicht in der Stoffwechselstörung zu suchen, wenn es auch Thatsache ist, dass Stoffwechselveränderungen sie in ihrem Erscheinen beeinflusst. Letzteres wird wenigstens Niemand verkennen, der den Werth der Regelung der Lebensweise, was doch nichts anderes als günstige Beeinflussung des Stoffwechsels bedeutet, für die Behandlung der Epileptiker erkannt hat.

(Schluss folgt).

— Die Hochschulnachrichten schreiben:

„Bei der Beratung der einzelnen Etatposten im Abgeordnetenhause, bei welcher für die Universität Breslau u. a. noch ein Seminar für Versicherungswissenschaften und erhebliche Verbesserungen für das zahnärztliche Institut verlangt wurden, lenkte der Abgeordnete Dr. Porsch (Centrum) die Aufmerksamkeit des Hauses unter Bezugnahme auf die diesbezügl. Darstellungen in den „HN." (cfr Heft 118) auch auf die psychiatrische Klinik. Diese Angelegenheit steht leider noch genau auf demselben Punkte wie damals geschildert wurde, das heisst: „in den beiden vergangenen Semestern hat ein psychiatrisch-klinischer Unterricht überhaupt nicht stattfinden können." (!) Es mag allerdings auch Uebelstände im zahnärztlichen Institute geben, die Fakultät aber hat sich, soviel wir wissen, mit diesen noch gar nicht befasst, während der Notstand in der Psychiatrie von ihr sehr lebhaft empfunden und als ein Hinderungsgrund für die späteren klinischen Semester hier zu studieren, betrachtet wird. Es ist ja auch ein grosser Unterschied, ob ein Institut mangelhaft ist oder überhaupt nicht existiert, ganz abgesehen von der verschiedenen Wichtigkeit des Faches für den Mediziner. Bei den Landtagsverhandlungen musste auch auffallen, dass der derzeitige Ordinarius für Psychiatrie gewissermassen zum Sündenbock für die gegenwärtigen Zustände gemacht wurde. Der Sache selbst wird durch derartige Erörterungen, die selbstverständlich auch gegentheilige Ansichten und Behauptungen hervorrufen, nicht gedient, und es wäre entschieden besser, wenn die Angelegenheit, die auf keinen Fall soweit hätte kommen sollen, bald zu der vom Regierungs-Kommissär im Abgeordneten-

hause in Aussicht gestellten befriedigenden Erledigung geführt werden könnte."

— Zu dem Vortrag des Herrn Moeli in der Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. März (diese Zeitschrift Nr. 3 S. 35) ist leider, wie wir soeben bemerken, die Discussion durch ein Versehen nicht vollständig in den Druck gekommen; wir tragen daher hiermit nach:

Herr Moeli (Schlusswort) hat nicht alle Fragen, die zur Entstehung solcher Zustände, wie die vorgestellten, Beziehung haben, berühren wollen.

Wesentlich war ihm der Hinweis darauf, dass bei Vorstellung einer Sinnesempfindung oder einer Bewegung einerseits, bei mit äusseren Vorgängen verbundener Empfindung und bei Bewegung selbst andererseits dieselben functionell nahe verknüpften nervösen Elemente in Thätigkeit gedacht werden müssen. Er wiederholt, dass in einzelnen Fällen die traumatische Erschütterung eines Theils des Körpers zu einer Art „Umstimmung" oder sonstwie aufzufassenden Aenderung der Function in diesen zugehörigen, nervösen Centraltheilen zu führen scheine, wie sie an den vorgeführten und vielen anderen Fällen wahrzunehmen sei. Der in den bewussten Wahrnehmungen bestehende Ausfall, dessen Begrenzung auf die beschädigten Theile von der peripherischen Innervation ganz unabhängig ist, und die Bedingungen seines Zustandekommens zeigen, wie für die Vorstellungsthätigkeit die Vermittlung der in ihrer Lage bekannten Hirnabschnitte, die zu den einzelnen Körpertheilen Beziehungen haben, wahrscheinlich wird. Kaplan.

— **Russland.** Am 11. März fand in Petersburg die feierliche Eröffnung des neuen Vereins zur Fürsorge für Geisteskranke in Gegenwart von zahlreichen Psychiatern statt. Zum Präsidenten der Festsitzung wurde der Leibchirurg Dr. Hirsch gewählt. Dr. Nishegorodzew wies in einem längeren Vortrage über die Aufgaben der neuen Gesellschaft darauf hin, dass in Russland von den auf dem Lande registrirten 139,500 Geisteskranken nur 12,466 von den Landschaften verpflegt werden, während in England und Schottland 83 bis 99 % der Geisteskranken angemessene Verpflegung finden. — Die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke im Gouvernement Estland, welche 546 Mitglieder zählt und bereits über ein Vermögen von 159,100 Rbl. verfügt, hat in ihrer Generalversammlung am 9. März beschlossen, den Bau der Irrenanstalt in Reval, deren Kosten auf ca. 200,000 Rbl. veranschlagt sind, sofort zu beginnen. Zugleich wurde zum künftigen Leiter der Anstalt, nachdem Dr. E. Weiss erklärt hatte, eine eventuelle Wahl nicht annehmen zu können, von den drei Bewerbern Dr. Ernst v. Kügelgen, z. Z. Ordinator an der St. Petersburger Irrenanstalt St. Panteleimon, gewählt. — Dr. v. Kügelgen ist nach Absolvirung des Studiums in Dorpat zunächst ein Jahr Assistent an der Privat-Nervenheilanstalt des Dr. v. Holst in Riga und dann ein Jahr in derselben Eigenschaft an der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga thätig gewesen und hat seine gegenwärtige Stellung seit dem Juni 1899 inne. — Das Gehalt des leitenden Arztes an der neuen für ca. 80 Patienten berechneten Irrenanstalt in Reval wurde von der Versammlung der Mitglieder auf 3000 Rbl. festgesetzt bei freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung. (Petersbg. med. Wochenschr.)

Bibliographie.*)

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Journal of Mental Science, April 1901:

Mental Disorders dependent on Toxæmia: by Sir Dyce Duckworth.

The Use and Abuse of Travel in the Treatment of Mental Disorders; by Geo. H. Savage.

The Use of General Electrification as a means of Treatment in certain forms of Mental Disease; by H. Lewis Jones.

A Brief Outline of the Arrangements for the Care and Supervision of the Criminal Insane in England during the Present Century; by Richard Brayn.

Epilepsy and Crime; by John Baker.

Unilateral Hallucinations; their Relative Frequency, Associations, and Pathology; by Alex. Robertson.

The Present State of Mental Science; by Bernard Hollander, Freiburg i. B.

Post-Influenzal Insanity in the Cumberland and Westmoreland Asylum, with statistics of sixty-eight cases; by George A. Rorie.

Methods of rendering Golgi-sublimate Preparations permanent by Platinum Substitution; by W. Ford Robertson and J. H. Macdonald.

Morbid Changes in Dementia; by Joseph Shaw Bolton.

Case of Murder, the Result of Pure Homicidal Impulse; by J. Wiglesworth.

Insanity of Twins; Twins suffering from Acute Melancholia; by Arthur W. Wilcox.

Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1901, Nr. 1.

Couvée en Wertheim Salomonson, Een geval van Homosexualiteit.

Van Deventer, Classificatie der psychosen.

Van Deventer, Vrije verpleging.

Van der Lith, Asyl am Libanon für Geisteskranke Asfurigeh.

Wertheim Salomonson, Electrodiagnostiek der oculomotorius verlammingen, (2de mededeeling).

*) Wegen längerer Abwesenheit des Red. von seinem Wohnorte hat die Bibliographie leider eine Unterbrechung erfahren müssen.

Personalnachrichten.

— Dem Staatsrath Dr. Paul Rosenbach, Abtheilungschef der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten beim klinischen Militärhospital in St. Petersburg wurde der St. Annen-Orden 2. Classe verliehen.

-- Marburg. Der bisherige 1. Assistenzarzt an hiesiger Irrenheilanstalt, Dr. Jahrmärker, wurde zum Oberarzt und Stellvertreter des Direktors an derselben ernannt.

— Ungarn. Dr. Karl Laufenauer, o. ö. Prof. d. Psychiatrie an der Universität zu Budapest, ist am 27. v. M. plötzlich gestorben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale.

Nr. 7. 11. Mai **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber Bäder in Anstalten für Geisteskranke.*)

Von Dr. *Philipp Stein*,
Assistent der Privatheilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke des Hofrathes Dr. Otto Schwartzer von Babarcz in Budapest.

Unter all den physikalischen Heilmethoden, die in den letzten Jahren in der Therapie der Geistes- und Nervenerkrankungen in Anwendung gebracht wurden, erfreut sich wohl keine einer solch allgemeinen Verbreitung und Beliebtheit, wie die verschiedenen hydrotherapeutischen Proceduren, und wenn die Ansichten auch in Bezug auf die richtige Dosirung dieses Heilmittels — Temperatur und Dauer des Bades etc. — divergiren, in einem Punkte einigen sich sämmtliche Vertreter der modernen Psychiatrie, dass nämlich die Bäder ein unentbehrliches Hilfsmittel der Irrenpflege geworden sind und dass eine, in jeder Hinsicht entsprechend eingerichtete Anstalt ohne bequeme und reichliche Badegelegenheit nicht denkbar ist.

Die Anwendung des Wassers in der Behandlung der Geisteskranken kann bis auf das Alterthum zurückgeführt werden, zu welcher Zeit schon die Wirkung der kalten Uebergiessungen bekannt war; auch die Aerzte der römischen Kaiserzeit behandelten die Geisteskranken mit Bädern und Abreibungen. Im Mittelalter war die „dämonomanische" Auffassung die herrschende, und die Geisteskranken wurden als „von den bösen Geistern und vom Teufel besessen" angesehen; mit der Behandlung des Geisteskranken befassten sich nicht Aerzte, sondern sie lag in den Händen der Theologen und verschiedener Curpfuscher, aber auch damals waren Bäder und Schwitzcuren als „teufelaustreibende Curen" in Mode und spielten bei vielen Hexenprocessen eine bedeutende Rolle. Erst im 18. Jahrhundert beginnen die Aerzte sich mit der Psychiatrie eingehender zu beschäftigen, die Beurtheilung der Geisteskrankheiten vom psychologischen Standpunkte gewinnt immer mehr Raum und damit zugleich die psychische Behandlung. Die Anwendung des Wassers in verschiedenen Formen tritt wieder in seine Rechte; aber diesmal als psychische Behandlung, sozusagen als Abschreckungs- und Strafmittel der für böse Geister gehaltenen und als Verbrecher behandelten, gefesselten Kranken. Dies inaugurirt die finstere Epoche der verrufenen und barbarischen kalten Douchen und Uebergiessungen und neben den Fesseln und anderen Zwangsmitteln figurirt auch das Wasser in verschiedenen Formen als Zwangs- und Strafmittel. Von dieser Zeit datiren die verschiedenen Sturz-, Ueber-

*) Vorgetragen in der Landeskonferenz der ungarischen Irrenärzte zu Budapest.



giessungs- und Brausebäder, die Eintauchungsbäder und als Heilmittel gegen die Onanie die Ueberraschungsbäder — Plongirbäder —, bei welchen die Kranken unvermuthet in einen Wasserbehälter oder in einen Fluss gestürzt wurden u. s. w. Mit der fortschreitenden Cultur des 19. Jahrhunderts löst Pinel die Fesseln der Geisteskranken, und er sowohl wie Esquirol*) finden diese unmenschlichen Formen der Wasserbehandlung verwerflich. Sie legen der Douche moralischen Werth zwar noch bei, ermahnen aber schon zur Vorsicht bei der Anwendung, und halten sie nur als ärztliche Intervention für zulässig. Mit dem Fortschreiten der ärztlichen Wissenschaft wird alsbald auch die physiologische Wirkung der Bäder Gegenstand der Experimente und Beobachtungen, und wird deren Einwirkung auf den Stoffwechsel, auf die Haut, auf Athmung und Circulation klargestellt.

Besonders bemerkenswerth sind diesbezüglich die Versuche von Keller**), der an sich selbst die Wirkung der Süsswasser- und Soolbäder auf den Stoffwechsel studirte, indem er die Nahrungsaufnahme genau regelte, Dauer und Temperatur der Bäder registrirte, den Harnstoff, die Harnsäure, Posphorsäure und Chloride im Urin bestimmte. Er fand dabei Folgendes:

„1. Das 3% Soolbad von 35° C. und 30 Min. Dauer hat eine deutliche diuretische Wirkung. Das Süsswasserbad hat eine erhebliche Urinverminderung zur Folge.

2. Das Soolbad bewirkt eine Vermehrung, das Süsswasserbad eine Verminderung der Chloride.

3. Das Soolbad bewirkt eine nennenswerthe und unzweifelhafte Verminderung der Phosphorsäure, diese Verminderung ist beim Süsswasserbade viel unbedeutender.

4. Die Kalkabsonderung durch den Urin wird vom Bade beeinflusst.

5. Die Gesammtstickstoffabgabe, also der Eiweisumsatz wird nur unwesentlich beeinflusst, die Harnsäureabgabe beim Soolbade vermindert.

6. Die gesunde intakte menschliche Haut resorbirt im Bade nicht, ist aber einer starken Imbibition fähig."

In Bezug auf die Geisteskranken tritt hauptsächlich der Werth der lauwarmen Bäder und feuchten Einpackungen in den Vordergrund, besonders den Letzteren verschaffen Priesnitz und seine Anhänger Geltung und allgemeine Verbreitung. Schon Griesinger***) hebt die Wirkung der lauwarmen Bäder und feuchten Einpackungen bei Geisteskranken hervor, und sozusagen seine sämmtlichen Nachfolger schreiten in dieser Richtung fort. Von den ungarischen Psychiatern hat besonders Otto Schwartzer von Babara*) die Wirkung der Bäder verschiedenen Grades auf das Gefässsystem studirt und gefunden, dass bei anhaltender Anwendung niedriger Temperaturgrade Contraction, bei hohen Temperaturgraden Dilatation der Gefässe erzielt wird, und empfiehlt auf Grund dessen in der Erregungsphase der mit Gehirnhyperämieen einhergehenden Psychoneurosen warme Vollbäder mit kalten Umschlägen auf den Kopf und nach dem Bade feuchte Wadenbinden.

Gegenwärtig werden bei der Behandlung von Geisteskranken die zahlreichen Abarten der Hydrotherapie mit grossem Erfolg angewendet, doch auch hier ragt die Anwendung der warmen Bäder und der feuchtwarmen Einpackungen unter den übrigen hervor, und immer mehr gewinnt die Auffassung Raum, dass die Bäder auf die Geisteskranken nicht nur physiologisch, sondern auch psychisch einwirken. Neuestens hat Thomsen**) die Anwendung der Hydrotherapie bei psychischen Erkrankungen in folgende Punkte zusammengefasst:

1. Eine exacte Hydrotherapie bei der Behandlung der Geisteskrankheiten giebt es noch nicht, weil einerseits die Ursachen und anatomisch-physiologischen Processe der Geisteskrankheiten unbekannt sind, und weil andererseits die physiologische Wirkung der Wasserproceduren vielfach noch dunkel ist.

2. Von allen eingreifenden Proceduren, starken Douchen, sehr niedrigen Temperaturen etc. ist bei der Behandlung der Psychosen und Neurosen im Allgemeinen abzusehen.

3. Bei den acuten Psychosen, die mit Erregung einhergehen — Manie, Melancholie, Erschöpfungspsychosen — ist eine systematische und consequente Hydrotherapie, wenn sie sich auch wissenschaftlich nicht völlig begründen lässt, empirisch von grossem Nutzen. Warme Bäder regelmässig und oft wiederholt, resp. warme prolongirte Bäder bei Abkühlung des Kopfes sind die geeignetsten Mittel die Erregung zu bekämpfen und Schlaf zu erzeugen. Dasselbe gilt für alle übrigen Erregungszustände, bei denen symptomatisch das warme Bad resp. die feuchte Einpackung sich als das beste Beruhigungsmittel erwiesen hat. Von dem Kräftezustand des Patienten, von seiner

*) Esquirol-Hille. Allg. u. spec. Ther. d. Seelenstörungen 1827.

**) Keller. Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte 1891.

***) Griesinger. Path. u. Ther. d. psychischen Krankheiten 1871.

*) Babarczi Schwartzer Otto: A psychoneurosis izgultsági szakának thermicus kezeléséröl. O. H. 1879.

**) Thomsen: Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen 1898.



Individualität und von seinem Widerstreben gegen die Massregel ist es abhängig zu machen, ob man eine Einpackung oder ein warmes Bad wählt. Im Zweifelfalle dürfte letzteres vorzuziehen sein.

4. Bei apathischen, stuporösen und affectlosen Kranken ist neben den warmen Bädern das Halbbad mit nachfolgender Uebergiessung resp. der kalten Abreibung das geeignetste Mittel, Circulation und Stoffwechsel günstig zu beeinflussen.

5. Im Uebrigen ist die Anwendung hydriatischer Proceduren bei Psychosen und Neurosen eine symptomatische und nach den allgemeinen Grundsätzen zu bestimmen.

* * *

Die Anwendung der Bäder als Heilmittel, besonders als Beruhigungsmittel, erfreut sich heute schon solch' allgemeiner Verbreitung, dass bei der Errichtung neuer Irrenanstalten immer Werth darauf gelegt wird, die Anstalt schon in ihrer baulichen Anordnung derart einzurichten, um die Verabfolgung der Bäder zu Heilzwecken je leichter und einfacher ausführen zu können. Um dies zu erreichen, hat es sich als nothwendig erwiesen mit dem alten Systeme — der centralen Anordnung der Baderäume d. h. dieselben blos zum Zwecke der hygienischen Bäder sämmtlicher Kranken central unterzubringen — wenigstens theilweise zu brechen. Bei den Bädern zu Heilzwecken hingegen muss das Princip zur Geltung gebracht werden, dass dieselben auf jener Krankenabtheilung untergebracht werden sollen, wo sie am nothwendigsten sind, beziehungsweise, dass das Krankenmaterial möglichst specialisirt werde und dementsprechend jede Krankenabtheilung mit derjenigen Badeeinrichtung versehen sei, die zur Behandlung der dort untergebrachten Kranken die geeignetste ist.

Diesem Principe folgend ist der Pavillon, welcher zwischen der Aussenwelt und der geschlossenen Anstalt den Uebergang bilden soll, nach Art der modernen Wasserheilanstalten einzurichten, da diese verschiedenen Wassercuren besonders bei beginnenden Psychosen mit Erfolg angewendet werden und besonders auf jene Kranken von wohlthätigem Einfluss sind, die von ihrem stark ausgeprägtem Krankheitsbewusstsein geleitet und Heilung suchend, die Anstalt eigenmächtig aufsuchen und Aufnahme erheischen und bei denen die verschiedenen hydrotherapeutischen Proceduren, abgesehen von ihrem reellen physiologischen Werth, schon durch ihre suggestive Wirkung Erfolge erzielen. Das übrige, dieselben Heilmethoden erheischende Krankenmaterial besteht ohne Ausnahme aus ruhigen, grösstentheils apathischen oder stuporösen Kranken, welche ohne jedes Aufsehen und ohne Schwierigkeiten aus ihrer Abtheilung in diesen Pavillon gebracht werden können.

In der Abtheilung der unreinen, jedoch ruhigen und entkräfteten Kranken ist in den Krankensälen je eine Badewanne unterzubringen, wie dies bereits in Ungarn in der Staats-Irrenanstalt Budapest-Angyalföld praktisch ausgeführt ist. In dieser Anstalt wurden sowohl auf der Männer- wie auf der Frauenabtheilung Wände und Fussboden je eines Krankensaales zu acht Betten mit Asbest ausgelegt und jeder Saal mit einer Wanne und einem geruchlosen und tadellos spielenden Closet ausgestattet. Hierdurch wurde ein zweifacher Zweck erreicht. Erstens wurde es dem Wartepersonale möglich gemacht, die nicht entkräfteten, unreinen Kranken auf das Closet zu führen und dieselben so weit als möglich an Reinlichkeit zu gewöhnen, zweitens wurde die Reinhaltung der entkräfteten, unreinen Kranken in grossem Masse erleichtert, da der Kranke direct von seinem Bette in die Wanne gehoben und dort ins Reine gebracht wird. Der Gestank, welcher vordem eine ganze Abtheilung, dann den Corridor, der die Abtheilung mit dem Badezimmer verbindet und dies letztere selbst erfüllte, beschränkt sich jetzt auf diesen Krankensaal und wird hier durch geeignete Ventilation auf ein Minimum reducirt.

Doch wichtiger als alldies und eine sozusagen unentbehrliche Handhabe der modernen Anstalt ist jener Theil der Irrenanstalts-Bäder, in welchem die protrahirten lauwarmen Bäder verabreicht werden, und welcher seiner Bestimmung entsprechend mit der Abtheilung der Unruhigen in innigem Zusammenhange stehen muss. Die Anwendung der protrahirten lauwarmen Bäder bei acuten Erregungs-Zuständen ist heute schon derart bekannt, dass ich es für überflüssig halte, auf deren Wirkung und Werth ausführlich zu reflectiren, giebt es doch kaum eine Irrenanstalt, in welcher dieses mächtige Beruhigungsmittel nicht mehr minder angewendet würde. Es genügt zu bemerken, dass die beruhigende Wirkung der warmen Bäder schon Esquirol bekannt war, und dass Griesinger die physiologische Wirkung der zuerst durch Brierre methodisirten, mehrstündigen lauwarmen Bäder zum Gegenstand seiner Studien gemacht und gefunden hat, dass sie ausser ihrer reinigenden und erfrischenden Wirkung, durch gleichmässige Erregung sämmtlicher Hautnerven, so wie durch Verlangsamung und Regelung der Athmung und der Herzthätigkeit in hohem Masse beruhigend einwirken und ein wirksames Heilmittel acuter Erregungszustände bilden. Von ungarischen Psychiatern schreibt der Vater der ungarischen Psychiatrie Franz Schwartzer von



Babarcz*) über diese Bäder Folgendes: „Bei den grossen Erregungszuständen des Gefässsystems sind natürlich die lauwarmen Bäder anzuwenden, welche bei Vorhandensein eines chronischen Hautleidens, träger Circulation, Schlaflosigkeit und grosser Reizbarkeit wiederholt werden sollen. Unter allen Heilmitteln sind die warmen Bäder am sichersten im Stande erquickenden Schlaf und heilsame Beruhigung des Körpers und der Seele hervorzurufen". Gegenwärtig sind Kraepelin, Morel, Schüle, Binswanger, Dehio, Bayer, Hoppe u. a. eifrige Verfechter dieser Badebehandlung, empfehlen sie bei Erregungszuständen jeder Art, bei Decubitus und bei der Behandlung unreiner Kranken und stimmen darin überein, dass diese Bäder beruhigen, den Schlaf herbeiführen, den Stoffwechsel heben und die Hautpflege erleichtern.

Diese physiologische Wirkung des Bades wurde durch zahlreiche Beobachtungen festgestellt, wonach bei unruhigen Kranken nach Anwendung des Bades stundenlange Beruhigung und Schlaf sich einstellen, andererseits aber kann nicht geleugnet werden, dass in zahlreichen Fällen, besonders bei manischen Erregungszuständen, die beruhigende Wirkung des Bades mit dem Momente aufhört, wo der Kranke das Bad verlässt und in sein Zimmer zurückgebracht wird, was darauf zurückzuführen ist, dass die grössere Ruhe des Badezimmers und die gleichmässige Wärme des Bades ähnlich wie die Bettbehandlung auf den Patienten einen directen psychischen Einfluss ausüben, welcher Einfluss mit dem Momente aufhört, wo der Kranke von dem unangenehmen Gefühl befangen wird, welches die Verdunstung des feuchten Körpers an der Luft hervorruft, und sobald die im Vergleiche zum Badezimmer grösseren Aussenreize des Krankensaales auf den Kranken zu wirken beginnen.

Nach Gross**) sind die protrahirten warmen Bäder eine gesteigerte Bettbehandlung; in Bezug auf Fernhaltung der Aussenreize stehen sie zwischen Isolirzimmer und Wachabtheilung.

Die Anwendung des Bades erfordert keine besondere Technik. Die Hauptbedingung ist, dass — wie schon erwähnt — die Anwendung des Bades möglichst einfach ausgeführt werden könne. Bayer***) bemerkt diesbezüglich: „Hauptsache ist die Anwendung der Dauerbäder von allen beschwerenden Umständlichkeiten zu befreien. Dann wird die möglichst allgemeine und regelmässige Badebehandlung einen der wichtigsten Fortschritte in der Pflege der Geisteskranken bilden."

Zu diesem Zwecke ist es nothwendig, dass die Badezimmer mit der Wachabtheilung wie mit den Isolirräumen in recht innigem Zusammenhange stehen, andererseits müssen sie aber, eben zur Erreichung der bereits erwähnten psychischen Wirkung, auch derart untergebracht sein, dass von ihnen Aussenreize jeder Art so gut als möglich ferngehalten werden können, und möge diesbezüglich folgender Grundsatz als Richtschnur dienen: Das Badezimmer hat ausschliesslich seiner ursprünglichen Bestimmung d. i. der Anwendung von Dauerbädern bei unruhigen Kranken zu dienen. Jedwede Communication mit dem Badezimmer ist streng verboten, zum Eintritte sind ausser dem badenden Kranken und dessen Wärtern ausschliesslich nur die controlirenden Aerzte berechtigt. Aus demselbem Grunde finde ich die Unterbringung der Badewanne in der Wachabtheilung selbst, wie dies Dehio*) behufs Vereinfachung der Beaufsichtigung anempfiehlt, für nicht zweckmässig.

Die Unterbringung der Badezimmer auf der Abtheilung der Unruhigen könnte nach meiner bescheidenen Ansicht auf folgende Weise gelöst werden:

Wie aus diesem Grundriss ersichtlich, denke ich mir den Pavillon der Unruhigen — nach den Grundsätzen Oláh's**) — als einen viereckigen Rahmen, welcher einen Garten umschliesst. In diesen Garten sehen sämmtliche Fenster jener Räume, welche zum Aufenthaltsorte der Kranken dienen; um den ganzen Pavillon herum verläuft ein Wach-Corridor. Auf zwei einander gegenüberliegenden Seiten des Pavillons befindet sich je eine Wachabtheilung, welche aus zwei Krankensälen mit je 16 Betten besteht. Während auf der dritten Seite die Isolirräume, auf der ihr gegenüberliegenden vierten Seite das Conversations- und das Besuchszimmer untergebracht werden sollen. Bezüglich der Wachabtheilung wähle ich den Gudden'schen Typus, — zwei unmittelbar verbundene Krankensäle mit darauffolgendem Badezimmer — und zwar folgendermassen. In dem Winkel, wo die Wachabtheilungen mit den Isolirräumen zusammenstossen, befindet sich eine unter gewöhnlichen Umständen nur sehr mangelhaft beleuchtete Räumlichkeit, welche sonst im besten Falle als Rumpelkammer benützt werden

*) Babarczi Schwartzer Ferenez: A lelki betegségek általános kór ès gyógy tana.

**) Gross. Zur Behandlung acuter Erregungszustände. — Zeitschr. f. Psych. 1899.

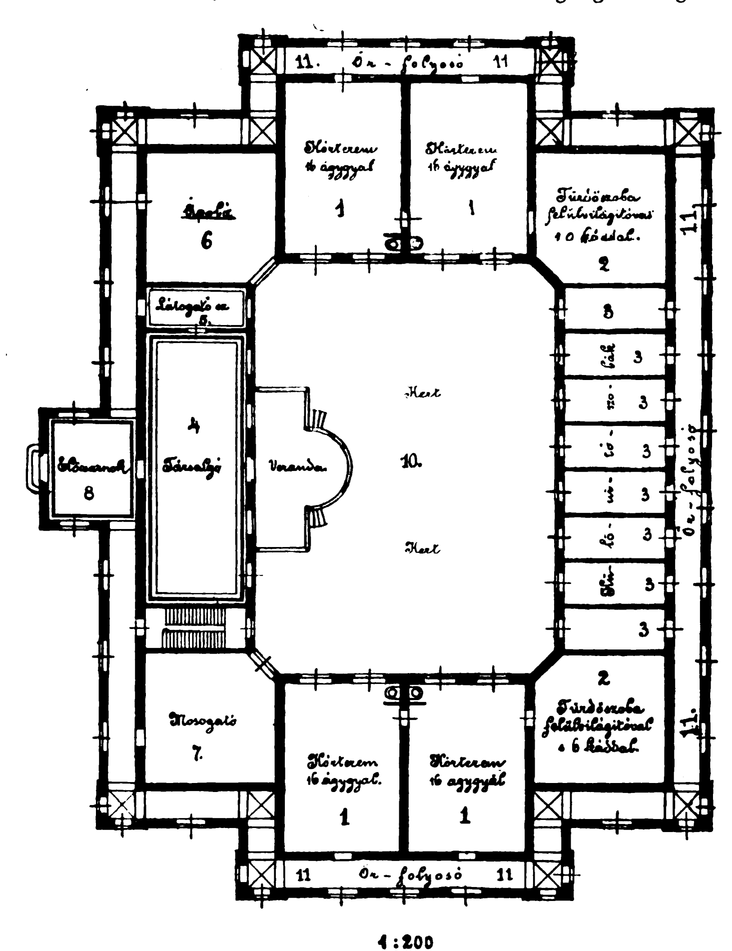
***) Bayer. Ueber die Anwendung von Dauerbädern bei Geisteskranken. Centralbl. f. Psych. 1899.

*) Dehio: Ueber Wachabtheilungen. Zeitschrift für Psych. 1897.

**) Oláh: Tébolydai épitkerések alapeloci 1899.



könnte. Diese Räumlichkeit wäre statt der Fenster mit Oberlicht zu versehen und als Badezimmer mit je 6 Wannen auszustatten. Die einzige Thüröffnung dieses Badezimmers besitzt gepolsterte, schalldämpfende Doppelthüren und führt in die Wachabtheilung, deren beide Krankensäle untereinander in Verbindung stehen und auch ausserdem jeder für sich auf den Wachcorridor münden. Sämmtliche Kranken, denen ein selben Licht und Luft durch die Decke zugeführt wird, ist dasselbe auch vor dem Lärm der unruhigen Kranken in den Krankensälen oder im Garten geschützt, so dass der badende Kranke ausser den mitbadenden Patienten und den Badewärtern nichts zu hören oder zu sehen bekommt, was einen Reiz für ihn bilden könnte, welcher Umstand in hohem Maasse zu seiner Beruhigung beiträgt.



1. Wachsaal mit 16 Betten, 2. Badezimmer mit Oberlicht und 6 Wannen, 3. Einzelzimmer, 4. Conversationssaal, 5. Besuchszimmer, 6. Wärterzimmer, 7. Thee- und Abwaschküche, 8. Vestibül, 9. Veranda, 10 Garten, 11. Wachcorridor.

Bad ordinirt wird, werden auf dem kürzesten Wege durch die Wachabtheilung ins Badezimmer gebracht. Ausserdem ist der Eintritt in dieses Badezimmer mit Ausnahme des Arztes Jedem untersagt, welche Maassregel schon aus dem Grunde leicht durchzuführen ist, weil das Badezimmer derart untergebracht ist, dass man daraus weder ins Freie noch in eine andere Räumlichkeit gelangen kann, dasselbe ausser der Badeeinrichtung nichts enthält und so kein Objekt des Interesses für Kranke und Wärter bildet. Nachdem nun das Badezimmer keine Fenster besitzt und dem-

Was die innere Einrichtung des Badezimmers anbelangt, haben sich die unbeweglichen, fest gebauten, doch nicht in den Boden vertieften Wannen am zweckmässigsten erwiesen. Sowohl diese wie auch Wände und Fussboden des Badezimmers müssen mit entsprechender Bekleidung versehen sein, wobei ich der Asphalt- oder nach Monier'schem System bereiteten, sorgfältig geglätteten Cementbekleidung vor der Porzellan- oder Marmorbekleidung aus dem Grunde den Vorzug ertheile, weil sie zwar weniger haltbar und dem Auge weniger wohlgefällig, jedoch

auch nicht so theuer, nicht so hart, und nicht so schlüpfrig sind, welch letzterer Umstand, da es sich um unruhige Kranke handelt, schwer ins Gewicht fällt, und da auch diese Bekleidung bei sorgfältiger Aufsicht den hygienischen Anforderungen vollkommen entspricht. —

Unbedingt zu vermeiden ist, dass der badende Kranke im Stande sei Wasser in die Wanne ein- oder ausströmen zu lassen, und halte ich es diesbezüglich für keine genügende Maassregel, dass wie es z. B. jetzt in den ungarischen Staatsanstalten geschieht, die über der Wanne angebrachten Wasserhähne, aus denen das Wasser in freiem Strahl in die Wanne rinnt, mit einem Schlüssel zu öffnen seien, sondern ich halte es für nothwendig, dass das Ein- wie das Zuströmen des Wassers von Unten erfolge, und dass sowohl dieses wie auch die Entleerung des Wassers, fern von der Wanne, auf einer in der Mitte des Badezimmers sich befindlichen Tischplatte durch einen verlässlichen Badewärter dirigirt werde. Das Wasser darf in Bezug auf die Temperatur nicht in der Wanne selbst gemengt werden, sondern vor dem Einströmen in die Wanne und muss beim Einströmen schon das Maximum der Temperatur des zu verabreichenden Bades besitzen, welcher Umstand ebenfalls auf dieser Tischplatte controlirt werden könne, wodurch der Möglichkeit der immerhin noch vorkommenden Verbrühungen vorgebeugt würde. Den Verschluss der Ablaufsöffnung durch einen freiliegenden oder angeketteten Metallstöpsel, halte ich aus dem Grunde für unzuverlässig, weil abgesehen davon, dass dieser Stöpsel eine gefährliche Waffe in der Hand eines unruhigen Kranken werden könnte, die Kranken aus Langweile, Uebermuth, oder auch grundlos das Wasser ablaufen lassen und dadurch die psychische Wirkung des Bades, welche doch zum grossen Theile auch in der ununterbrochenen Continuität desselben liegt, gefährdet wird. Eine ähnliche Einrichtung ist gegenwärtig in der Privatheilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke des Hofrathes Dr. Otto Schwartzer von Babarcz geplant, und stösst deren Ausführung auf keine technischen Schwierigkeiten. Es ist selbstverständlich, dass die Deckelbäder als Ueberreste eines finsteren Zeitalters zu perhorresciren sind, wie überhaupt bei der Badebehandlung jedweder Zwang zu vermeiden ist.

Zum Schluss noch einige Worte über die Einrichtung der hygienischen und Reinigungs-Bäder in Irrenanstalten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass diese Frage durch die Einrichtung eines Badehauses nach Muster der modernen grossen Badeanstalten mit Dampfkammer, Schwimmbassin etc. am besten gelöst wäre, oder dass in den Fällen, wo dies aus materiellen Gründen nicht möglich, in den Anstalten zum Zwecke des hygienischen Bades viele Badewannen und die entsprechende Menge warmen Wassers zur Verfügung ständen, so dass jedem Kranken wenigstens wöchentlich einmal ein Reinigungsbad verabfolgt werden könne. Eine solche Einrichtung jedoch bleibt wenigstens bei den Verhältnissen der ungarischen und auch den meisten ausländischen Staatsanstalten nur ein frommer Wunsch, erstens weil sich dagegen unüberwindliche materielle Schwierigkeiten thürmen, zweitens weil das hierzu nothwendige geschulte und verlässliche Pflegepersonal fehlt, und es doch klar ist, dass Bassin- und Schwimmbäder in Irrenanstalten ohne entsprechend grosses und unbedingt verlässliches Pflegepersonal gar nicht gedacht werden können.

Unter den gegenwärtigen Verhältnissen mit wenig Kosten und dem jetzigen Pflegepersonal könnte diese Frage meiner unmaassgeblichen Ansicht nach nur derart gelöst werden, dass in den Irrenanstalten nach dem Muster der deutschen Volks-Brause-Bäder oder der französischen „Bains-Douches á bon marché“ — lauwarme Douche — Räume eingerichtet würden. Der Raum besteht aus einem grossen Saal, in welchem Douchen in entsprechender Zahl angebracht sind. Der Boden und die Wände sind mit Asphalt-Bekleidung versehen, erstens weil dies billiger ist und zweitens weil das Betreten mit nackten Füssen darauf am wenigsten unangenehm ist. Die früher angewendeten Lattenroste auf dem Fussboden haben sich nicht bewährt. Das aus der Douche ausströmende Wasser kann in Bezug auf seinen Wärmegrad durch das Pflegepersonal nicht gemengt werden, sondern jede Douche ist mit dem allgemein verbreiteten G r a v e i s c h e n „Warmwasser-Brausehahn“ zu versehen, mittels dessen auf einen Druck 6—8 Liter Flüssigkeit von festgesetzter Temperatur den Kranken berieselt. Das Reinigungs-Bad besteht also in Folgendem. Der Kranke wird unter die Douche gestellt, auf einen Druck des Wärters wird er vom Wasser berieselt, hierauf vom Wärter eingeseift und noch 1—2 mal abgedoucht. Die verständigeren Kranken können selbstverständlich diese Procedur an sich selbst vornehmen, welche Procedur sehr billig ist, wenig Zeit und Wärterpersonal in Anspruch nimmt, und bei der Unglücksfälle sozusagen ausgeschlossen sind. Im Sommer besitze das Wasser eine etwas niedrigere Temperatur und kann so zur Abkühlung und Erfrischung der Kranken benützt werden.

Zu bemerken ist noch, dass der Kopf der Douche schief gestellt werden muss, damit der Strahl nicht



den Kopf des Kranken, sondern dessen Schultern oder dessen Brust treffen möge. Neben dem Douche-Raum befindet sich ausser dem Zimmer zum Auskleiden noch ein kleinerer Saal mit 2—3 Wannen für jene entkräfteten Kranken, welche nicht auf den Füssen stehen können.

Ich muss noch einmal betonen, dass ich diese Einrichtung als das Minimum dessen betrachte, was von den Irrenanstalten in Bezug auf hygienische Bäder geleistet werden sollte, dass aber auch schon dieses, wenigstens was die ungarischen Verhältnisse anbelangt, in grossem Maasse dazu beitragen würde, dass die Irrenanstalten ihrer Bestimmung als Heilanstalten besser entsprechen könnten. —

Mittheilungen.

— Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin am 22./23. April. (Fortsetzung.)

Heilbronner (Halle a. S.) Ueber den heutigen Stand der pathologischen Anatomie der sogenannten functionellen Psychosen.

Vortragender, welcher selbst Jahre lang mit grossem Eifer die mikroskopischen Veränderungen der Ganglienzellen studirt hat, giebt einen Bericht über die Frage: „Ist es im Laufe der letzten Jahre gelungen, anatomische Veränderungen bei den sogenannten functionellen, im wesentlichen acuten, Geisteskrankheiten zu finden?“

In Betracht kommen die Veränderungen in der Hirnrinde und zwar zunächst die Ganglienzellen. Die Grundlage für die diesbezüglichen Untersuchungen bildet das Nissl'sche Zellaequivalentbild. Zu eliminiren sind die cadaverösen Veränderungen und die Kunstproducte.

Die erste Gruppe der Autoren, welche Zellveränderungen überhaupt constatirt haben, berichtet nur von quantitativen Veränderungen; eine Aufstellung bestimmter Typen ist nach ihnen nicht zu erhoffen. Die Zellen sind verkleinert, zeigen Vacuolenbildung, Kerne sind intact; eine spezifische Veränderung fehlt.

Andere, besonders französische Autoren, deren Untersuchungen sich vorwiegend auf Krankheiten alkoholischen Ursprunges beziehen, unterscheiden zwischen primären und sekundären Veränderungen.

Die dritte Gruppe von Autoren hat rein descriptiv die Abweichungen vom normalen Aequivalentbild beschrieben.

Nissl versuchte neuerdings Ordnung in die Verwirrung zu bringen. Er unterscheidet 7 Formen. (chronische, acute, Rarefication und körnigen Zerfall, wabige Veränderungen, Zellschrumpfung, die Formen des Zelltodes und die nicht ursächlichen Krankheitsveränderungen). Die beschriebenen Veränderungen beziehen sich auf die färbbare und nichtfärbbare Substanz und die Kerne.

Vortragender selbst war schliesslich auf Grund seiner Untersuchungen nicht im Stande eine Veränderung zu finden, die immer gleichmässig im Gehirn vorhanden war. Glücklicher war darin Alzheimer.

Bezüglich der Glia haben die Untersuchungen mehr Erfolg gehabt. Alzheimer unterscheidet mehrere Formen der Veränderungen (Vergrösserung der Gliazellen, Pigmentation etc.). Nissl hat neuerdings darauf aufmerksam gemacht, dass die Gliazellen Neigung zu raschem Auftreten und Verschwinden wie die Leucocyten zeigen.

Auf die Veränderung der Nervenfasern ist nach Nissl kein besonderer Werth zu legen. Vortragender kann dieser Ansicht nicht ganz zustimmen.

Vortragender kommt nunmehr zum zweiten Theile seines Vortrages, der Würdigung der Bedeutung dieser Befunde. Die grosse Mehrzahl der Veränderungen bezieht sich auf peracute Krankheitsfälle. Der Forschung stehen hier bedeutende Hindernisse entgegen. Ausser Vergiftungen haben, wie die Untersuchung gezeigt hat, Schlaflosigheit, Ruhe, Thätigkeit, ferner infectiöse Momente Ganglienzellveränderungen zur Folge. Bei diesen acuten Krankheiten spielen Schlaflosigkeit, Anaemien etc. eine grosse Rolle. Nicht genügend ist ferner nach dem Vortragenden der Einfluss der Agone bedacht, wo der psychotische Charakter zu schwinden pflegt. Die Skepsis ist daher nur allzu berechtigt. Nissl kommt zu dem Ergebniss, dass keine beschriebene Veränderung der Zelle specifisch sei für eine Geisteskrankheit, nicht einmal für den Unterschied zwischen Geistesgesunden und -kranken. Es scheint hiernach der Schluss berechtigt: Specifische Veränderungen sind für die Psychosen nicht zu erhoffen. Auch hinsichtlich der quantitativen Zellveränderungen ist nichts zu erwarten, auch hier gehen die Meinungen der Untersucher weit auseinander. Im III. Theile seines Vortrages spricht sich Vortragender dahin aus, dass von einer anatomischen Diagnose bestimmter Krankheitsformen keine Rede sein könne, da das Gehirn von Kranken und Gesunden nicht zu unterscheiden ist. Binswanger hat vielleicht Recht, wenn er Zerfall der färbbaren und nicht färbbaren Substanz unterscheidet und zur zweiten Gruppe die schweren Psychosen rechnet.

Anhangsweise erwähnt Vortragender noch, wie weit das Vorhandensein, resp. Fehlen von bacteriologischen Befunden von Werth für die Diagnostik von Geisteskrankheiten sei. Italienische Forscher haben ein Delirium acutum bacillare aufgestellt. Vortragender lässt es dahingestellt, wieweit die Infektion primär oder secundär sei.

In der folgenden Discussion erkennt Nissl die Schwierigkeiten zwar an, hofft aber dennoch auf einen Fortschritt und verweist bei dieser Gelegenheit darauf, wie der Befund von Plasmazellen bei Paralyse zu einem wichtigen Criterium geworden sei.

— Der soeben zur Versendung gelangte „Bericht über die Irrenanstalten Allenberg, Kortau und Tapiau für das Jahr 1900 bringt auf Seite 2 in dem Abschnitt „Allenberg“ folgende Nachricht:



„An Stelle des am 10. Oktober 1900 verstorbenen Direktors Dr. Sommer haben wir in unserer Sitzung am 2. April 1901 den Oberarzt der Irrenanstalt Bunzlau Dr. Dubbers als Direktor angestellt.

Dem I. und II. Oberarzt der Anstalt, Dr. T. und Dr. H., haben wir in Ausübung des in den Anstellungsverträgen beiden Theilen vorbehaltenen Kündigungsrechts ihre Stellen zum 1. Juni aufgekündigt. Da die beiden Aerzte 10 bezw. 12 Jahre im Dienste der Provinz gestanden haben, erschien es uns billig, ihnen für die Längstdauer von zwei Jahren eine stets widerrufliche Unterstützung zu bewilligen, um ihnen hierdurch die Beschaffung einer neuen Berufsthätigkeit zu erleichtern."

Auf Seite 4 unter Kortau heisst es:

„Am 31. Januar verliess der Volontärarzt Dr. Skierlo den Anstaltsdienst, an seine Stelle trat am 1. März Dr. Eden, welcher am 14. April seine Stellung wieder aufgab. Seit dieser Zeit ist die Stelle des Volontärarztes unbesetzt, da trotz wiederholter Ausschreibungen und anderweitiger Bemühungen geeignete Bewerbungen bisher nicht einliefen."

Diese beiden Nachrichten, namentlich die erstere, liefern eine packende Illustration zu dem Kapitel „Was am meisten noth thut". Alt.

Referate.

— Notes sur les Recherches Anthropologiques chez les vivants en général et sur celles de la progénie en particulier par le Dr. Naecke de Hubertusburg (Saxe). S. A. aux des Archives d'Anthropologie criminelle 1901.

N. betrachtet die bei Normalen, Geisteskranken und Verbrechern nicht seltene Progenie, d. h. das Vortreten des ganzen Unterkiefers bei mehr minder senkrecht stehenden Zähnen, als ein Degenerationszeichen und vertheidigt Giuffride-Ruggeri gegenüber seine wissenschaftliche Bewerthung und Eintheilung der bei allen Arten von Schädeln, zumeist freilich bei Brachy- und Mesokephalen beobachteten Progenie in „halbe, unvollständige" und „ganze, vollständige", je nachdem die Schneide- und Eckzähne beider Kiefer auf einander stossen oder die unteren die oberen Zähne überragen. Zur einwandsfreien Constatierung derselben am Lebenden, überhaupt zur Vermeidung von Irrthümern bedarf es allerdings mannigfacher Vorsichtsmassregeln (z. B. bei zahnlosen Leuten), wie auch sonst bei Ermittelung und Beurtheilung von Anomalieen am Lebenden. Bei Beobachtung dieser Voraussetzung aber werden anthropologische Massenfeststellungen nach äusseren Merkmalen am Lebenden ihren relativen wissenschaftlichen Werth behalten, wenngleich für speciellere Ermittelungen die Radiographie oder die anatomische Untersuchung am Cadaver exactere Resultate liefert, aber naturgemäss immer nur beschränkte Anwendung finden kann. Hahn-Hubertusburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate").

Zur Casuistik der paroxysmatischen Schlafsucht. Von S. Selzer. Wratsch Nr. 10.

Ueber die Wirkung des Alkaloides Johimbin auf d. thierischen Organismus u. über seine Bedeutung f. d. Behandlung der Impotenz. Von N. Kralokow. Wratsch Nr. 11 u. 12. (Anzweiflung der aphrodisiatischen Wirkung).

Die spastische Verengerung des Schlundrohres u. Reflexepilepsie. Von Dr. Bregman. Medycyna Nr. 15.

Rundes Magengeschwür und Hysterie. Von G. Brigi. Gazzetta degli ospedali 36 u. 39.

Ein Fall von Akinesia algera. Von G. Brunazzi. Ibidem.

Chorea u. Manie. Von R. Alberici. Ibidem.

Ueber Chorea im Verlauf von Erysipel. Von L. Fornaca. Reform med. Nr. 76.

Nitroglycerin bei Epilepsie. Von R. Pellegrini. Ibidem Nr. 82.

Autolaparatomie u Zerfetzung des Darms bei einer Melancholischen. Operation nach 10 Stunden Heilung. Von S. Sjövall. Hygiea Nr. 3.

Bericht über eine Epidemie von Poliomyelitis ant. acuta in Bratzberg im J. 1899. Von Chr. Leeguard. Norsk Magazin for Laegevidenskaben Nr. 4.

Notes on the peculiar nystagmus of spasmus nutans in children. Von J. Thomsen. Brit. med. Journ. 30. III.

Note on the knee-jerk in chorea. Von W. Gordon. Ibidem.

Case of sarcoma of the brain removed by operation; subsequent operation for removal of a second tumor. Von J. Mitchell Clarke u. R. Lansdown. Ibidem 13. IV.

Three cases of acute ascending paralysis. Von T. A. Green. Lancet 6. IV.

Chemistry of nerve-degeneration. Von W. D. Halliburton. Ibidem 13. IV.

Nature and treatmend of vertigo. Von Corning. Journ of Am. med. Assoc. Nr. 11.

Effect of alcohol on the nervous system, mind and heredity. Von Sterne. Ibidem Nr. 12.

Ueber Chloralose Von Tyson. Ibidem Nr. 14.

Ueber einen Fall von Unverricht'scher Myoklonie. Von C. Bührer. Corresp.-Bl. der Schweizer Aerzte Nr. 7.

Les formalités d'une collocation. Von E. Villers. Journ. med. de Bruxelles. Nr. 10.

Un cas d'hématomyelie traumatique. Von René Verhoogen. Ibidem Nr. 12.

A propos d'un cas anormal de springomyélie d'origine syphilitique probable. Von L. Dekeyser. Ibidem Nr. 13.

Les troubles de la marche dans l'ataxie locomotrice progressive étudiée à l'aide du cinématographe. Von Marinesco. Semaine med. Nr. 15.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Osnabrück. Am 1. d. Mts. ist an unsrer Anstalt eine III. Arztstelle mit Familienwohnung u. Pensionsberechtigung eingerichtet, die dem Dr. Schütte, bisher Oberarzt in Roda, übertragen ist.

Als Assistenzarzt ist Dr. Schröder aus Wiesbaden eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aler Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 8. 18. Mai **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 7).

Erkenntniss des II. Civilsenats des **Hanseatischen Oberlandesgerichts zu Hamburg** vom 22. Januar 1901. Bf. II. 293/1900.

In Sachen der Ehefrau X. geb. Y. in Hamburg, Klägerin, Berufungsbeklagte gegen ihren Ehemann X. in Hamburg, vertreten durch seinen Vormund Rechtsanwalt Z. in Hamburg, Beklagter, Berufungskläger, wegen Ehescheidung, erkennt der II. Civilsenat des Hanseatischen Oberlandesgerichts zu Hamburg unter Mitwirkung folgender Richter . . . . für Recht: Die Berufung des Beklagten gegen das Urtheil der Civilkammer III des Landgerichts Hamburg vom . . . . . 1900 wird als unbegründet verworfen und Beklagter verurtheilt, die Kosten der Berufungsinstanz zu tragen.

Thatbestand.

Das Landgericht hat die Ehe der Parteien wegen Geisteskrankheit des beklagten Ehemanns auf Grund des § 1569 B. G. B. geschieden.

Beklagter hat Berufung eingelegt. Die Parteianträge wurden verlesen aus . . . . . Der Thatbestand des Landgerichts wurde vorgetragen. Die Krankengeschichte des Beklagten wurde referirt. Verlesen wurden das Gutachten . . . . und die Entscheidungsgründe.

Die Parteivertreter wiederholten in Kürze ihren Rechtsstandpunkt.

Gründe.

Der zur Entscheidung des Gerichts verstellte Thatbestand ist nicht streitig. Die Parteien haben sich am . . . . . . 1869 geehelicht. Klägerin ist 1847 geboren, Beklagter 1845. Der Beklagte ist am . . . . 1886 von der Klägerin in die Irrenanstalt F. gebracht worden, woselbst er sich — abgesehen von einer kurzen Unterbrechung im Jahre 1886 — noch jetzt aufhält. Bei seiner Aufnahme litt Beklagter an Verfolgungswahnsinn mit Sinnestäuschungen. Während seines 14jährigen Aufenthalts in der Irrenanstalt hat Beklagter sich im Allgemeinen auffallend still verhalten. Er war meistens im Stande sich in der Tischlerei (Beklagter ist Tischler) zu beschäftigen. An Sinnestäuschungen leidet er noch jetzt; er hört namentlich Stimmen, welche in Wirklichkeit nicht vorhanden sind, reagirt aber wenig darauf und ist überhaupt gleichgültig und stumpf. Die Geisteskrankheit des Beklagten — wegen deren er durch Beschluss des Amtsgerichts vom 6. März 1900 entmündigt ist —



hat der Sachverständige Dr. R. als sekundäre Dementia bezeichnet. Der Sachverständige hat diese Geisteskrankheit für unheilbar erklärt.

Andererseits hat aber der Sachverständige Dr. R. bei seiner gemäss § 623 C. P. O. erfolgten Vernehmung die vom Landgericht an ihn gestellte Frage, ob die Geisteskrankheit einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben sei, verneint. Zur Begründung hat er angeführt: „Sowohl Ende Mai 1900 als auch am 20. Juni 1900 erklärte Beklagter mir, dass er nicht von seiner Frau geschieden sein wolle. Er habe glücklich mit ihr gelebt und noch Ostern 1900, als sie ihn zuletzt besuchte, sich freundlich mit ihr unterhalten. Er wisse wohl, dass er nicht ganz gesund sei, seine Frau nicht ernähren könne, auch sei es wohl, wie die Verhältnisse einmal lägen, für ihn das Richtigste, in dieser Anstalt zu bleiben, aber er halte doch viel von seiner Frau und sehe nicht ein, weshalb er sich von ihr scheiden lassen solle. — Aus dem fortdauernden Aufenthalt des Beklagten in der Irrenanstalt schliessen zu wollen, dass die geistige Gemeinschaft zwischen ihm und seiner Ehefrau aufgehoben sei, erscheint mir nicht angängig. Beklagter ist ein ruhiger harmloser Geisteskranker, welcher sehr wohl auch ausserhalb der Irrenanstalt leben könnte, wenn nur das nöthige Vermögen vorhanden wäre bezw. seine Frau ihn haben wollte. Unzweifelhaft ist durch seine unheilbare Geisteskrankheit die geistige Gemeinschaft zwischen ihm und seiner Ehefrau sehr getrübt und behindert; für völlig aufgehoben vermag ich diese Gemeinschaft jedoch nicht zu halten."

Das Landgericht ist jedoch dieser Auffassung des Sachverständigen nicht gefolgt, sondern hat angenommen, dass durch die Geisteskrankheit des Beklagten die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben ist. Es bedarf keiner Ausführung, dass das Landgericht an die Beurtheilung des Sachverständigen und namentlich an seine Auffassung des Begriffs der geistigen Gemeinschaft im § 1569 B. G. B. nicht gebunden war. Das Landgericht ist bei seiner Beurtheilung davon ausgegangen, dass man nicht einseitig den Zustand des Geisteskranken, sondern auch die Lage des gesunden Ehegatten, zu dessen Gunsten doch das Gesetz gemacht sei, in Betracht ziehen müsse. Dabei seien die konkreten Verhältnisse zu berücksichtigen, insbesondere auch die durch die pecuniären Verhältnisse bedingte langjährige Trennung der Parteien. Dazu komme der Character der Geisteskrankheit des Beklagten. Sein Bewusstsein, verheirathet zu sein, und sein Wunsch, verheirathet zu bleiben, seien keine Beweise für eine geistige Antheilnahme an der Ehe. Unter diesen Umständen habe es zu einer vollständigen geistigen Entfremdung der Ehegatten schon seit langer Zeit kommen müssen, und könne der Klägerin (welche bei der Vormundschaftsbehörde am 29. Januar 1900 erklärt hat, dass sie wieder heirathen wolle) eine Fortsetzung der Ehe mit dem Beklagten nicht zugemuthet werden.

Ob allen diesen Erwägungen des Landgerichts beizutreten wäre, mag dahin gestellt bleiben. Der Entscheidung des Vorderrichters, dass hier die Voraussetzungen des § 1569 B. G. B. gegeben sind, tritt das Berufungsgericht bei aus folgenden Gründen.

Die Entstehungsgeschichte des § 1569 B. G. B. zeigt, dass nur eine qualificirte Geisteskrankheit zur Entscheidung genügen sollte und dass man diese Qualifizirung der Geisteskrankheit nicht in ihrer Wirkung auf die eheliche oder häusliche Lebensgemeinschaft, sondern in ihrer Wirkung auf die g e i s t i g e Gemeinschaft der Ehegatten hat finden wollen (vgl. die Protocolle über die zweite Lesung des B. G. B. S. 5671 ff.). Einer näheren Bestimmung dieses Begriffes hat man sich enthalten. Der Antrag, die Qualifizirung der Geisteskrankheit darauf abzustellen, dass durch sie dem erkrankten Ehegatten das Bewusstsein des bestehenden ehelichen Bandes abhanden gekommen ist, wurde abgelehnt. Vielmehr hat schon die zweite Commission eine Fassung angenommen, welche inhaltlich mit der des Gesetzes übereinstimmt und welche im weiteren Gange der Berathungen stets unverändert geblieben ist. Der Streit der Meinungen ging immer nur dahin, ob diese Fassung anzunehmen oder schlechthin zu streichen sei. Wenn dabei gerade die Vertheidiger dieses Paragraphen damit operirt haben, dass für die Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit maassgeblich sei der g e i s t i g e T o d des kranken Ehegatten; dass nur, wenn man davon reden könne und also sozusagen schon die Natur die Ehe getrennt habe und der geisteskranke Theil nur noch ein animalisches Leben führe, auf Scheidung erkannt werden dürfe, und dass deshalb die Scheidung wegen Geisteskrankheit verhältnissmässig selten stattfinden könne, so darf doch nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Verfechter dieses Paragraphen gegenüber der mächtigen Gegnerschaft — welche ihn sowohl in der Reichstagscommission wie bei der zweiten Lesung im Plenum zu Fall gebracht hat! — sich angelegen sein lassen mussten, die Tragweite ihres Vorschlages abzuschwächen. Wollte man wirklich die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft durch Geisteskrankheit identifiziren mit dem geistigen Tode oder einer Art geistigen Todes, so hätte nichts im Wege gestanden, den § 1569 entsprechend zu präzisiren. Dass dies eine Einschränkung



der jetzt geltenden Fassung gewesen wäre, kann einem Zweifel nicht unterliegen, denn man wird z. B. in einem Falle, wo die Geisteskrankheit des einen Ehegatten gerade und allein darin besteht, dass er in dem gesunden Ehegatten seinen Todfeind erblickt, eine Authebung der geistigen Gemeinschaft der Ehegatten durch die Geisteskrankheit anerkennen müssen.

Der § 1569 B. G. B. beschränkt sich daher nicht auf die Fälle eines geistigen Todes des erkrankten Ehegatten, sondern verlangt nur Aufhebung der geistigen Gemeinschaft durch die Geisteskrankheit. Mit Recht hat der Vorderrichter darauf hingewiesen, dass die Wendung „geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten" es verbietet, ausschliesslich den Zustand des geisteskranken Theils zu beachten. Die Geisteskrankheit des einen Ehegatten muss es zu Wege gebracht haben, dass keinerlei geistige Beziehungen zwischen diesen Ehegatten mehr bestehen, dass selbst die für jede Ehe zu erfordernden gemeinsamen Familieninteressen durch die Geisteskrankheit ertötet sind.

Dass solche Aufhebung der geistigen Gemeinschaft im vorliegenden Fall durch die langjährige und unheilbare schwere Geisteskrankheit des Beklagten herbeigeführt ist, nimmt das Berufungsgericht mit dem Vorderrichter an. Die Sinnestäuschungen, an denen der Beklagte noch jetzt leidet, haben das nicht zu Wege gebracht. Sie schliessen, ebensowenig wie Grössenwahn und andere Erscheinungen, Theilnahme an den Interessen der Ehe aus. Der Beklagte ist aber immer gleichgültiger und stumpfer geworden! Dass der Beklagte im Mai und Juni 1900 dem Sachverständigen gegenüber geäussert hat, dass er viel von seiner Frau halte und sich nicht von ihr scheiden lassen wolle, kann nicht als eine Bethätigung geistiger Gemeinschaft der Parteien aufgefasst werden. Ein solcher Rest von Anhänglichkeit — den Beklagter übrigens nicht im Februar 1900 anlässlich seiner Entmündigung bekundet hat! — ist keine Bethätigung einer geistigen Gemeinschaft. Es muss vielmehr angenommen werden, dass der Beklagte nicht mehr im Stande ist, an dem gewiss einfachen Lebens- und Gedankenkreis seiner Ehefrau irgendwie Theil zu nehmen. Ist das aber zu Wege gebracht durch seine Geisteskrankheit, so kann von einer geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten keine Rede mehr sein.

Da weiter klar liegt, dass der Beklagte während mehr als 3 Jahren geisteskrank ist, auch seine Geisteskrankheit — wie im Vorstehenden ausgeführt — einen solchen Grad erreicht hat, dass dadurch die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist, und endlich auch nach dem Gutachten des Sachverständigen jede Aussicht auf eine Besserung der bestehenden Geisteskrankheit und damit also jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist, so ist die Ehe der Parteien vom Landgericht mit Recht auf Grund des § 1569 B. G. B. geschieden worden.

Die Berufung des Beklagten war daher kostenpflichtig zu verwerfen.

Der Besuch einer Haschisch-Kneipe in Kairo.

Vortrag, gehalten am 4. Mai in dem Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover.

Von Sanitätsrath Dr. *Berkhan*-Braunschweig.

Lassen Sie mich, verehrte Anwesende, hier über eine Eigenthümlichkeit des Orients berichten, welche das Gebiet der Psychiatrie betrifft — den Besuch einer Haschisch-Kneipe. Der Gebrauch des Hanfs bei den Völkern des Orients als Berauschungsmittel ist uralt. Die Skythen Herodots berauschten sich schon mit Hanf-Saat. Nicht unerwähnt möchte ich eine Bemerkung Moltke's lassen, der in seinen Reisebriefen aus der Türkei sagt: „die Tabakspfeife sei der Zauberstab gewesen, der die Türken aus einer der turbulentesten Nationen zu einer der ruhigsten gemacht habe. Opium, Tabak, Hanf, Fliegenpilz brechen die Wildheit, aber ersetzen sie durch Stumpfheit."

Ueber die durch Haschisch-Intoxicationen veranlassten Psychosen macht Mendel, der 1886 die Irrenanstalten in Kairo besuchte, in der Zeitschrift für Psychiatrie*) eine Mittheilung, auf die ich später zurückkommen werde. Lassen Sie mich nun meinen Besuch bei den Haschisch fröhnenden Aegyptern schildern.

Als ich im vorletzten Winter von einem Freunde, Med.-Rath Schmidt aus Lahr, begleitet in den Bahnhof von Kairo eingelaufen war und uns darauf ein Omnibus dem Hôtel du Nil zuführte, schwang sich auf den Wagentritt ein junger Aegypter, welcher uns mit den Worten „Berlin" begrüsste. Er war, wie sich nachher herausstellte, als Eseljunge zur Ausstellung in Berlin, Abtheilung Kairo, gewesen, hatte seit der Zeit mit deutschen Reisenden verkehrt und sprach ein leidliches Deutsch. Mit 18 Jahren hatte er ein

*) „Aus Aegypten." Bd. 42. S. 23.



12 jähriges Mädchen geheirathet. Lesen und Schreiben war ihm fremd, aber da er ein aufgeweckter junger Mann war und Kairo gründlich kannte, wurde er zu unsrem Führer ernannt. Zu den Aufgaben, die ihm gestellt wurden, gehörte auch die, uns zu den Haschisch-Rauchern zu führen. Trotz des sehr strengen Verbots giebt es solche Kneipen in Kairo.

Es war spät Abends, als wir in eine enge Gasse einbogen. Dieselbe war kothig und so dunkel, dass wir nur mittelst angesteckter Streichhölzer vorwärts kommen konnten. Bald gelangten wir zu einem erleuchteten Hauseingang. Der Vorraum, den wir alsbald betraten, war angefüllt mit Menschen, welche eine Art Domino spielten und uns gewahr werdend freundlich zunickten. Wir durchschritten den Raum, welcher von einem hintern Zimmer mittelst einer hölzernen Gitterwand getrennt war, und gelangten durch eine Thür derselben in das eigentliche Rauchzimmer. Hier wurden wir von den Anwesenden wie alte Bekannte begrüsst, es wurde uns freundlich zugenickt und die Hände gedrückt; Alle aber, die auf Bänken mit untergeschlagenen Beinen sassen, waren in einer äusserst glücklichheiteren Stimmung. An den Wänden hingen Stühle, auch einige vergilbte Abbildungen von europäischen Schönheiten, dazwischen waren arabische Schriftzeichen angebracht.

Das ganze Zimmer war mit Rauch angefüllt, der einen eigenthümlich aromatischen Geruch verbreitete. In einer Ecke befanden sich in einem gehöhlten Stein Kohlen, die glühend erhalten wurden. Ein Aegypter schnitt Tabak, ein zweiter stopfte damit eine kleine, nach oben erweiterte Röhre von Thon, ein dritter biss von Haschischpasta, einer braunen festen Masse, kleine Stücke ab und legte sie dann auf die gestopfte Thonröhre, ein vierter, am Kohlenfeuer Beschäftigter, legte mittels einer Zange mehrere glühende Kohlen darauf, setzte dann diese Röhre auf einen mit Wasser gefüllten Abguss, an welchem ein Rohr befestigt war, und reichte die so zubereitete Pfeife, nachdem er einige Male angezogen, dem Nachbar. So ging die Pfeife von Mund zu Mund. Jeder that einige kurze Züge, dann einen recht tiefen, wobei ein Gurgeln durch das im Abguss befindliche Wasser hörbar wurde, und blies dann den Rauch durch Nase und Mund zurück.

Auch uns wurde die Pfeife, die von Mund zu Mund gegangen war, angeboten, aber dankbar abgelehnt, worauf wir eine Tasse Mokka bekamen.

Alle Raucher sprachen sehr lebhaft und lachten viel. Es waren meist Leute jüngeren und mittleren Alters vorhanden. Plötzlich tauchte ein älterer Mann auf, stellte sich zwischen uns und blickte lächelnd, sonst theilnahmlos zu Boden. Es war ein durch Haschisch-Genuss geistesschwach gewordener Mann. „Das ist Philosoph", sagte laut, zu uns gewendet, einer der Anwesenden, welcher etwas Deutsch auf der Berliner Ausstellung gelernt hatte, worauf ein allgemeines Gelächter erfolgte.

Doch allmählich, da die Pfeife immer wieder die Runde machte und begierig benutzt wurde, ward uns etwas unheimlich zu Muthe, wir befürchteten Ausbrüche von Exaltation und zogen es deshalb vor, einige Backschisch zu opfern und den Rückzug anzutreten, freundlichst von den uns zunächst Sitzenden und Stehenden gegrüsst.

Unser Führer sagte, dass bis Mitternacht geraucht würde und dann ein allgemeiner Schlaf einträte.

Unter den Geisteskrankheiten haben die Intoxicationen mit Haschisch, wie schon Mendel schreibt, das grösste Interesse, da wir diese in unsren Anstalten nicht kennen lernen. In den Hospitälern von Kairo und Alexandrien fanden wir keinen solchen Fall vor, die Irrenanstalt bei Kairo, die einzige Aegyptens, habe ich leider aus Mangel von Zeit nicht mehr besuchen können; aber durch Haschisch schwachsinnig Gewordene, sich ähnlich verhaltend wie der vorhin erwähnte Philosoph, sah ich in einer Moschee, vor meinem Hôtel und in den Strassen, durch unseren Führer darauf aufmerksam gemacht.

„Die Zahl derartiger Kranken ist, wie Mendel, der die Irrenanstalt in Kairo 1886 besuchte, schreibt, eine sehr grosse, unter den Männern macht sie etwa $^1/_8$ aller Aufgenommenen aus. In der Anstalt bieten die Haschischdeliranten in der Mehrheit der Fälle einen Zustand hochgradigerApathie ohne deutlich nachweisbare Lähmungssymptome. Die schlaffen ausdruckslosen Gesichtszüge lassen auch kaum vermuthen, dass hier noch etwa mächtige Hallucinationen und Delirien bestehen".

Mendel führt auch an, dass in dem Jahre 1884 nach Mittheilung des derzeitig dirigierenden Arztes der Irrenanstalt, Dr. Battaglia, 460 Geisteskranke Aufnahme fanden und zwar 367 Männer und 93 Frauen, darunter:

wegen Haschischintoxication 120 M. keine Frau
wegen Alkoholdelirium . . . 13 M. 1 Frau
wegen progressiver Paralyse . 6 M. keine Frau.

Unter den in genanntem Jahre 430 Entlassenen befanden sich von den Haschischintoxicationen 94 geheilt, 27 gebessert, 38 ungeheilt.

Weiteres hier Bezügliches habe ich in der mir zu Gebote stehenden Literatur nicht aufzufinden vermocht.

Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung in Nieder-Oesterreich.

In einem längeren Aufsatze: „Die Wohlfahrtspflege des Landes Nieder-Oesterreich“ berichtet hierüber Herr Fedor Gerényi, administr. Inspektor der n. ö. Landes-Wohlthätigkeitsanstalten in der Monatsschr. f. Gesundheitspflege 1901, Nr. 3 wie folgt:

Ich komme jetzt zu einem der bedeutendsten Capitel der Wohlfahrtspflege des Landes Niederösterreich, zu der Irrenpflege.

Es giebt kaum ein Gebiet der öffentlichen Verwaltung, welches im Verlaufe des letzten Jahrzehntes eine so erhebliche Umgestaltung erfahren hat, als jenes der Irrenfürsorge. Es ist nicht viel länger als 30 Jahre her, dass man in Niederösterreich das No-restraint-System eingeführt hat. Zu einer Zeit, da im Auslande, ja selbst in Provinzen Oesterreichs, so namentlich in Böhmen, die freie Behandlung der Geisteskranken längst Eingang gefunden hatte, ist man in Niederösterreich erst daran gegangen, die letzten Zwangsmittel aus der Irrenanstalt zu verbannen.

Die Landesverwaltung hat in der Mitte der 60er Jahre den zu jener Zeit noch im Betriebe gestandenen Irrenthurm, die Irrenanstalt in Wien und die Irrenanstalt in Ybbs übernommen. Im Jahre 1871 wurde der Irrenthurm als Irrenanstalt aufgelassen und hiefür ein ehemaliges Fabriksgebäude in Klosterneuburg für die Unterbringung von Geisteskranken adaptiert. Die beispiellose Ueberfüllung dieser drei vollständig unmodernen geschlossenen Irrenanstalten führte dazu, im Jahre 1885 den Neubau der jetzigen Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging zu beginnen. Dort sollte der erste schüchterne Versuch der Verwendung von Geisteskranken zu landwirthschaftlichen Beschäftigungen unternommen werden. Noch vor zehn Jahren standen unsere Landes-Irrenanstalten hinsichtlich ihrer inneren Einrichtung auf einem Niveau mit den Kasernen; die Tagesräume waren getüncht, mit einigen gestrichenen Bänken versehen, weiche Dielen bildeten den Fussboden, Holzbetten mit Strohsäcken und Matratzen bildeten die Einrichtung der Schlafräume. Da entschloss man sich zum erstenmale, Studienreisen in das Ausland unternehmen zu lassen, um die Verhältnisse der auswärtigen Irrenanstalten kennen zu lernen. Das Ergebniss derselben war die Erkenntniss, dass Niederösterreich hinsichtlich seiner Irrenpflege hinter dem Auslande, ja selbst hinter Böhmen und Steiermark, um wenigstens dreissig Jahre zurückgeblieben war.

Von da an begann eine intensive Arbeit; die Tagesräume der Landes-Irrenanstalten wurden zu behaglichen Wohnräumen, die alten düsteren Isolierlocalitäten zu modernen lichten Wachabtheilungen umgestaltet; die früher typisch gewesene Figur des vollständig entkleideten Geisteskranken, der in seiner Zelle, einem Thiere gleich, in Seegras gelagert war, verschwand vollständig. Die Bettbehandlung und die möglichst freie Bewegung der Geisteskranken fand ihren Eingang in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten, und im Vorjahre wurde die erste Irrencolonie zur landwirthschaftlichen Beschäftigung der Irren in vollständig freiester Weise ohne jede wie immer geartete Einschränkung, auf dem Haschhofe bei Kierling in Betrieb gesetzt. Eine Reihe einschneidender Reformen in der Verköstigung und Bekleidung der Kranken, in der Entlohnung und Altersversorgung des Pflegepersonals, die Einführung eines methodischen Pflegerunterrichtes und von Pflegerprüfungen haben die Irrenpflege Niederösterreichs auf eine Höhe gebracht, welche unseren Landes-Irrenanstalten die Beachtung des Auslandes gewann.

Die Fortschritte, welche die Irrenpflege Niederösterreichs in den letzten Jahren gemacht hat, finden ihren Ausdruck in der Errichtung der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und -Pflegeanstalt in Mauer-Oehling bei Amstetten, der Widmung des Landes Niederösterreich zum 50jährigen Regierungsjubiläum Seiner Majestät des Kaisers. Auf einem Terrain von 96 ha (circa 167 Joch) erheben sich, in einer reizenden Waldanlage verstreut, 16 villenartige Pavillons, das Lazareth, das Infectionshaus, ein Administrationsgebäude, je ein Wohnhaus für den Director und den Verwalter, ein Gesellschaftshaus nebst Capelle, ein grosses Küchen- und Wäschereigebäude, der Wirthschaftshof, das Maschinenhaus, das Eishaus, das Schwesternheim, das Leichenhaus sammt Friedhof und eine Cottageanlage zur Unterbringung der Familien verheiratheter Pfleger. Diese Irrenanstalt, welche einen Belegraum für 1000 Kranke haben wird, hat eine von der bisherigen Organisation der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten vollständig abweichende Bestimmung. Während die Landes-Irrenanstalten Niederösterreichs bisher lediglich zur Aufnahme heilbarer und zur Verwahrung gemeinschädlicher unheilbarer Irren bestimmt waren, die nicht gemeinschädlichen unheilbaren Irren aber in die Gemeindeversorgung, in Landes-Siechenanstalten oder Versorgungsanstalten abgegeben wurden, wird die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und -Pflegeanstalt in Mauer-Oehling alle Kategorien von Geisteskranken mit alleiniger Ausnahme von Ver-



brechern und Alkoholikern aufnehmen und dieselben in freiester Behandlung der Heilung zuzuführen trachten. Aber auch, wenn sich ein Kranker als unheilbar erweist, wird man ihn nicht entlassen, sondern den Versuch machen, ihn seinen Fähigkeiten und Kräften angemessen in Werkstätten oder der Landwirthschaft zu beschäftigen.

Der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und -Pflegeanstalt in Mauer-Oehling wird die gegenwärtige geschlossene niederösterreichische Landes-Irrenanstalt Ybbs als Irrenpflegeanstalt angegliedert. Dorthin wird die Mauer-Oehlinger Anstalt die nicht beschäftigungsfähigen, rein pflegebedürftigen, körperlich siechen unheilbaren Irren abgeben. Beide Anstalten stehen unter einer Leitung, ein Automobil-Krankenwagen wird den Transport der Kranken von Mauer-Oehling nach Ybbs vermitteln.

Mit allen modernen Errungenschaften, wie elektrischer Beleuchtung, elektrischem Betriebe der Küche, Wäscherei und Werkstätten, mit einer Rollbahn zum Transporte von Materialien und Personen innerhalb des Anstaltsgebietes ausgestattet, verspricht die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und -Pflegeanstalt in Mauer-Oehling, behufs deren Errichtung Studienreisen in fast alle Culturstaaten gemacht wurden, ein Musterinstitut zu werden, wie nirgends ein besseres besteht. Der moderne Geist, der in der Organisation und dem Betriebe dieser Anstalt herrschen wird, sei dadurch gekennzeichnet, dass beispielsweise die Anstalt in Mauer-Oehling mit dem Rechte ausgestattet sein wird, jede Person, welche sich wegen einer Nerven- oder Geisteserkrankung freiwillig zur Aufnahme meldet, ohne weitere Formalitäten aufzunehmen. Begehrt eine solche Person ihre Entlassung, so muss sie gewährt werden, wenn die Anstaltsärzte gegen den Rücktritt des betreffenden Patienten in das Leben keine Bedenken hegen. Sobald jedoch das Bedenken obwaltet, dass die betreffende Person nach ihrer Entlassung in ihrem Zustande eine Verschlimmerung erfahren oder der Allgemeinheit gefährlich werden könnte, hat die Anstaltsdirection die Intervention der politischen Behörde in Anspruch zu nehmen, und wird sodann auf Grund eines vom landesfürstlichen Amtsarzte ausgestellten Pareres die betreffende Person als von amtswegen eingeliefert behandelt werden.

Um der Bevölkerung der umliegenden Ortschaften die Wohlthat einer fachärztlichen Behandlung zutheil werden zu lassen, wird in der Anstalt zu Mauer-Oehling eine Poliklinik eingerichtet werden, welche allen jenen Personen, die sich mit einer Anweisung ihres behandelnden Arztes legitimieren, unentgeltlichen ärztlichen Rath in neurologischen und psychiatrischen Fällen ertheilen wird.

Die wesentlichste Neuerung, welche die Eröffnung der Anstalt in Mauer-Oehling bringt, ist aber die Einführung der Familienpflege. Die Familienpflege Geisteskranker, welche heute in Schottland, England, Frankreich, Deutschland, Belgien und Russland ausserordentlich verbreitet ist, besteht in der Unterbringung von beruhigten Irren bei Privatparteien. Die Anstalt stellt der geeignet befundenen Partei die zur Einrichtung eines für zwei bis drei Kranke bestimmten eigenen Zimmers erforderlichen Möbel bei, stattet die Kranken mit Kleidung und Wäsche aus und bezahlt für jeden an eine Partei abgegebenen Patienten ein Kostgeld von 80 h täglich. Die Kranken werden durch hierzu bestellte Pflegepersonen und Aerzte häufig besucht und müssen alle 14 Tage in die Anstalt gebracht werden, um dort gebadet und abgewogen zu werden. Die Einrichtung einer organisierten Familienpflege ermöglicht es, der Anstalt einen ständigen Abfluss der beruhigten Kranken zu sichern und Raum für neue Aufnahmen zu gewinnen. Durch diese Institution wird verhindert, dass gewisse Kategorien von Kranken, so namentlich Idioten, Cretins, Paralytiker etc. in der Gemeindeversorgung einer unrationellen Behandlung zum Opfer fallen. Die Einführung der Familienpflege wird selbstverständlich mit der grössten Vorsicht bewerkstelligt werden. Die Kranken, welche durch längere Zeit in der Colonie der Anstalt bei freiester Bewegung beobachtet wurden, kommen zunächst in die Familien der Anstaltspfleger, um dort einer weiteren Beobachtung unterzogen zu werden. Erst wenn sich ein Kranker als vollständig verlässlich erwiesen hat, erfolgt seine Ueberweisung an die Familie eines Landwirthes. Es unterliegt keinem Zweifel, dass unsere Landbevölkerung bald den wirthschaftlichen Vortheil, welcher ihr aus der Uebernahme von Geisteskranken in die Familienpflege erwächst, zu würdigen wissen wird. Dieser materielle Vortheil wird die Landbevölkerung auch dazu veranlassen, beim Neubau ihrer Wohnhäuser den von der Anstalt vorgeschriebenen hygienischen Anforderungen Rechnung zu tragen und sich hinsichtlich der Behandlung und Pflege der Kranken genau an die gegebenen Vorschriften zu halten. Hat sich die neue Form der gemischten Landes-Heil- und -Pflegeanstalt für Geisteskranke in Mauer-Oehling bewährt, so wird den Anstalten in Mauer-Oehling und Ybbs die linke Hälfte Niederösterreichs, also die Viertel: Ober-Manhartsberg und Ober-Wienerwald als Aufnahmsbezirk zugewiesen werden. Sodann wird die Landes-Irrenanstalt Kierling-Gugging durch den Neubau der Colonie Haschhof und Angliederung der



jetzigen Landes-Irrenanstalt Klosterneuburg als Pflegeanstalt in gleicher Weise ausgestaltet und für die rechte Hälfte Niederösterreichs, das sind die Viertel: Unter-Manhartsberg und Unter-Wienerwald, bestimmt werden. Die Stadt Wien aber erhält eine neue Heil- und Pflegeanstalt, welche dazu bestimmt sein wird, alle acuten und chronischen Kranken Wiens zu beherbergen.

Um eine durchaus modernwissenschaftliche Behandlung der Kranken in den n. ö. Landes-Irrenanstalten zu sichern, entsendet die Landesverwaltung alljährlich zwei Irrenärzte des Landes zu Studienzwecken in das Ausland. Die betreffenden Aerzte machen auf Grund eines mit den zuständigen ausländischen Behörden abgeschlossenen Uebereinkommens in den neuesten Anstalten durch längere Zeit Dienst und hospitieren auch an den berühmtesten ausländischen psychiatrischen Kliniken.

Die neue Organisation der Irrenpflege in Niederösterreich wird es ermöglichen, die niederösterreichischen Landes-S i e c h e n a n s t a l t e n, welche gegenwärtig mehr als zur Hälfte mit Geistessiechen belegt sind, zu entlasten und ihrer ursprünglichen Bestimmung zur ausschliesslichen Unterbringung körperlich Siecher zuzuführen. Die niederösterreichische Landesverwaltung verfügt dermalen über vier von ihr errichtete Landes-Siechenanstalten und über eine Landes-Siechenabtheilung im Bezirksarmenhause Korneuburg mit einem Belegraume von zusammen rund 800 Betten. Diese Anstalten, welche sich in St.-Andrä vor dem Hagenthale, Mistelbach, Allensteig, Oberhollabrunn und, wie erwähnt, in Korneuburg befinden, sind ursprünglich zu dem Zwecke errichtet worden, um die Armenpflege der Gemeinden zu entlasten und unheilbar kranken Personen eine angemessene Pflege zutheil werden zu lassen. Durch die Abgabe der unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Geisteskranken in die Gemeindeversorgung ist den Gemeinden, beziehungsweise seit dem Jahre 1893 den Bezirksarmenräthen eine schwere Last erwachsen. Die Armenbehörden sind ausserstande, die ihnen zuwachsenden Geisteskranken in angemessener Weise unterzubringen, und haben daher getrachtet, die Unterbringung solcher Geistessiechen in die niederösterreichischen Landes-Siechenanstalten zu erwirken. Dadurch sind die niederösterreichischen Landes-Siechenanstalten, wie bereits erwähnt, ihrer ursprünglichen Bestimmung entzogen worden. Dies wird mit der Reform der Irrenpflege anders werden.

Aber auch die niederösterreichischen Landes-Siechenanstalten bedürfen einer Umgestaltung, welche seitens des niederösterreichischen Landesausschusses in Aussicht genommen ist. Unser Versorgungswesen leidet an dem Uebelstande, dass es in seinen Anstalten keinerlei Individualisirung kennt. In den allgemeinen Versorgungsanstalten werden heute Altersblödsinnige, Idioten. Cretins, Epileptiker, körperlich unheilbare Kranke (wie Tuberkulöse, Krebskranke etc.) Trunksüchtige, Taubstumme, Blinde, körperlich gesunde alte gebrechliche Personen und Waisenkinder, bunt durcheinander gewürfelt, verpflegt.

Die Versorgungsanstalten, welche in den Städten aus den im Mittelalter geschaffenen Bürgerspitälern hervorgegangen sind, verblieben bis heute auf dem Standpunkte, auf dem sie nach der Josefinischen Reform des Wiener Bürgerspitales sich befunden haben. Bekanntlich war das Bürgerspital in Wien eine Universalversorgungsanstalt für Hilfsbedürftige aller Art. Durch die Josefinische Reform wurde eine Sonderung des Pfleglingsmaterials der Bürgerspitäler eingeleitet; die heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken wurden in eigene Irrenanstalten, die Gebärenden in Gebäranstalten, die Findlinge in Findelanstalten, die Waisen in Waisenanstalten abgegeben. Eine weitere Individualisirung des verbliebenen Materials wurde nicht vorgenommen. Das Zusammenleben verschiedener Gattungen Versorgungsbedürftiger in den Versorgungsanstalten bringt aber die grössten Missstände mit sich. Diesen Missständen ist am einfachsten abzuhelfen, wenn für jede Kategorie Versorgungsbedürftiger eigene Sonderanstalten errichtet werden. Die Geisteskranken gehören, wie es in Niederösterreich geplant ist, in Colonien und Pflegeasyle, welche den Irrenanstalten anzugliedern sind; die Epileptiker sind in eigene Landesanstalten zusammenzufassen, die unheilbar körperlich Kranken sollen in besonderen, den Spitälern angegliederten Krankenpflegeanstalten Linderung ihrer Leiden finden. Die Trunksüchtigen und unbotmässigen Armen müssen in Trinkerentwöhnungsanstalten, resp. Versorgungsanstalten mit verschärfter Hausordnung disciplinirt werden; die Waisen gehören in Waisenhäuser oder Kinderheime, Taubstumme und Blinde in entsprechend, mit Gelegenheit zur Ausübung nützlicher Beschäftigung eingerichtete Specialanstalten, und lediglich die alten gebrechlichen Personen sollen in Armen- oder Versorgungshäusern Unterkunft finden. Dann werden die Armenhäuser zu wahren Altersasylen werden, in denen der Greis und die Matrone ihre letzten Tage nach einem arbeitsreichen Leben in Ruhe verbringen können; eine solche Reform ist im Zuge, sie ist in dem Entwurfe für ein neues Landes-Armengesetz enthalten, welches dem Landtage bereits vorgelegt wurde.



Seit Jahren ist die niederösterreichische Landesverwaltung auch bemüht, die Errichtung von Trinkerheilstätten zu erlangen. Der hiefür erforderliche Credit wurde vom Landtage längst bewilligt; es wurde auch zunächst versuchsweise im Abstinenzsanatorium des Dr. Hacker in Mühldorf eine Heilstätte für heilbare Trunksüchtige auf Rechnung des Landes installirt. Leider waren die Versuche zur Erlangung des Detentionsrechtes, ohne welches eine wirksame Behandlung der Alkoholkranken nach den in England und der Schweiz gemachten Erfahrungen kaum zu erreichen ist, infolge der politischen Verhältnisse bisher vergeblich. Wohl hat die Regierung über Anregung der Landesverwaltung im Reichsrathe einen Gesetzentwurf, betreffend die Errichtung von Trinkerentwöhnungsanstalten, eingebracht, welcher Gesetzentwurf, abgesehen von einigen leicht zu bewerkstelligenden Aenderungen, sich dem Besten anreiht, was bisher auf diesem Gebiete geschaffen wurde. Warum dieser Gesetzentwurf bisher nicht in Verhandlung genommen wurde, braucht wohl nicht erst erwähnet zu werden.

Von den in dem Aufsatze eingehend behandelten öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen für abnormale Kinder sei hier nur die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder erwähnt. Der Verfasser schreibt hierüber:

Das Land Niederösterreich besitzt die niederösterreichische Landes-Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Kierling-Gugging mit einem Belegraume für 192 Knaben und Mädchen. Ferner unterhält das Land Niederösterreich auf seine Kosten 95 schwachsinnige Kinder im Pius-Institute zu Bruck an der Mur in Steiermark, 30 schwachsinnige Kinder in dem Asyle der Stephanie-Stiftung zu Biedermannsdorf und 70 Idiotenknaben in der Idiotenabtheilung des städtischen öffentlichen Krankenhauses zu Mödling. Die Landesanstalt in Kierling-Gugging dient als Pflegeanstalt für vollständig bildungsunfähige und als Vorschule für bildungsfähige Kinder, welch letztere sodann nach Bruck an der Mur oder Biedermannsdorf abgegeben werden. Grössere bildungsunfähige Knaben werden bis zur Erreichung des sechszehnten Lebensjahres in der Idiotenabtheilung des städtischen öffentlichen Krankenhauses zu Mödling verpflegt, um sodann an niederösterreichische Landes-Siechenanstalten abgegeben zu werden. Die bisher bei der Erziehung schwachsinniger Kinder gemachten Beobachtungen zeigen, dass der Procentsatz schwachsinniger Kinder, welcher bis zur wirthschaftlichen Selbständigkeit gebracht wird, fast Null ist. Das Angebot an vollwerthigen Arbeitskräften ist bei uns in Wien und Niederösterreich ein so reichliches, dass es einem nicht vollwerthigen Arbeiter unmöglich wird, seinen Unterhalt zu finden. Wir können leider auf die Opferwilligkeit, welche die Bevölkerung Englands und Deutschlands hinsichtlich der Beschäftigung nicht vollsinniger Arbeiter bekundet, bei dem in unserer Bevölkerung herrschenden Realismus nicht rechnen. Für die Landesverwaltung in Niederösterreich ist es eine ausgemachte Sache, dass selbst das verhältnissmässig begabteste vermögenslose schwachsinnige Kind für Lebenszeit der öffentlichen Versorgung anheimfällt, eine Lösung, die, wenn man die Frage der Fortpflanzung ins Auge fasst, vielleicht nicht einmal die schlechteste genannt werden kann.

Das Ziel, welches bei der Erziehung schwachsinniger Kinder in Niederösterreich gesteckt wird, ist die Knaben zur landwirthschaftlichen Beschäftigung in agricolen Colonien des Landes heranzuziehen und die Mädchen für häusliche Arbeiten in den öffentlichen Anstalten des Landes nutzbar zu machen. Mit der Verbesserung der Fürsorge für schwachsinnige Kinder ist leider in der Bevölkerung das Bestreben wachgerufen worden, sich jedes nicht vollsinnigen Kindes so rasch als möglich durch Abgabe in eine öffentliche Anstalt zu entledigen. Dadurch ist der Bedarf an Plätzen für schwachsinnige Kinder ein sehr bedeutender geworden, und der niederösterreichische Landesausschuss beschäftigt sich daher mit der Errichtung einer grossen Anstalt für schwachsinnige Kinder, in welcher auch alle gegenwärtig in Privatasylen untergebrachten schwachsinnigen Kinder zusammengefasst werden sollen.

Mittheilungen.

— **Die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft in Entmündigungsachen in Baden.** Es ist vielleicht manchem Collegen erwünscht neben der der Nr. 38 dieser Wochenschrift, I. Jahrgang, beigegebenen Verfügung des preussischen Justizministeriums über das Verfahren bei Entmündigungen auch die Regelung dieser Frage in andren Bundesstaaten, z. B. in Baden, kennen zu lernen.

Die bezüglichen, an die Directionen der staatlichen Irrenanstalten Illenau, Emmendingen und Pforzheim, der Irrenkliniken in Heidelberg und Freiburg, an den Direktor der Privatirrenanstalt in Neckargemünd, den Aufsichtsrath der Anstalt für epileptische Kinder in Kork, den Verwaltungsrath der Idiotenanstalt in Mosbach und den Vorstand des Vereins St. Josefshaus in Herthen gerichteten Ministerialerlasse lauten:



I. Der des Ministeriums des Innern:

Zur Erfüllung der der Staatsanwaltschaft in Bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke und Geistesschwache nach § 646, Abs. 2 Civilprozessordnung obliegenden Verpflichtung bedarf dieselbe einer regelmässigen Benachrichtigung über die Unterbringung solcher Personen in Irrenanstalten. Wir sehen uns daher veranlasst, bezüglich der in der dortigen Anstalt untergebrachten Geisteskranken und Geistesschwachen Folgendes zu bestimmen:

1. Sobald seit der Aufnahme eines solchen Kranken eine Frist von neun Monaten umlaufen, oder die Krankheit vor Ablauf dieser Frist in einen Beharrungszustand eingetreten ist, sind der zuständigen Staatsanwaltschaft die über die Aufnahme des Kranken erwachsenen Akten einschliesslich der in § 1 Ziffer 1 vorletzter Absatz der landesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895, das Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken und Geistesschwachen in öffentliche und private Irren- und Krankenanstalten betreffend, vorgeschriebenen, vom Bezirksarzt gefertigten oder bestätigten Krankheitsschilderung, jedoch ohne die in der Anstalt geführte ärztliche Krankheitsgeschichte, mitzutheilen.

2. Die Mittheilung kann unterbleiben bezüglich der auf öffentliche Kosten, d. h. auf Kosten eines Ortsarmenverbands (Gemeinde), eines Landarmenverbands (Kreises) oder des Staats verpflegten Kranken, sofern nicht bezüglich eines solchen Kranken nach der Ansicht der Anstaltsdirektion Gründe dafür vorliegen, dass die Entmündigung in Erwägung gezogen wird; von diesen Gründen wäre die Staatsanwaltschaft bei der Aktenmittheilung zu verständigen.

3. Den Akten ist ein kurzes ärztliches Gutachten über den gegenwärtigen Zustand des Kranken beizufügen, in welchem insbesondere die Frage nach der Möglichkeit der Heilung zu erörtern ist.

4. Die Aktenmittheilung hat zu geschehen an diejenige badische Staatsanwaltschaft, in deren Dienstbezirk der Kranke vor der Verbringung in die Anstalt seinen Wohnsitz hatte; falls der Kranke einen solchen Wohnsitz innerhalb des Grossherzogthums vorher nicht hatte, oder wenn über den Wohnsitz Zweifel bestehen, sind die Akten der Staatsanwaltschaft bei demjenigen Landgericht mitzutheilen, in dessen Bezirk die Anstalt gelegen ist.

5. Wird nach erfolgter Aktenmittheilung ein Kranker versuchsweise oder endgiltig aus der Anstalt entlassen, so ist der Staatsanwaltschaft hiervon unter Angabe des künftigen Aufenthaltsorts alsbald Nachricht zu ertheilen; ebenso ist der Staatsanwaltschaft ein etwaiger Abgang des Kranken durch Tod alsbald mitzutheilen.

6. Bezüglich der gegenwärtig in der Anstalt untergebrachten Geisteskranken und Geistesschwachen ist die Aktenmittheilung, soweit dieselbe nach Ziffer 1 und 2 überhaupt erforderlich ist, spätestens bis zum 1. Mai d. Js. zu bewirken. Dieselbe kann abtheilungsweise geschehen.

Von diesem Texte des an die staatlichen Anstalten gerichteten Erlasses unterscheidet sich die Fassung für die Privatirrenanstalten in Neckargemünd und für die Privatirrenanstalten gleichzusetzenden Anstalten in Kork, Mosbach und Herthen hauptsächlich durch die Bestimmung, dass hier nicht erst nach 9 Monaten, sondern alsbald nach der Vorlage der Aufnahmepapiere an den Bezirksarzt, die Mittheilung der Akten an den zuständigen Staatsanwalt zu erfolgen hat.

Bezüglich der Anstalten in Kork, Mosbach und Herthen, welche viele jugendliche Idioten, Epileptiker, u. s. w. aufnehmen, findet sich dann die weitere Bestimmung:

Die Mittheilung der Akten hat zu unterbleiben bezüglich derjenigen minderjährigen Kranken, deren Eltern noch leben, oder welche unter Vormundschaft stehen, sofern die Aufnahme auf Antrag der Eltern, bezw. des Vormunds erfolgt ist. Sobald jedoch solche Kranke das 21. Lebensjahr erreichen und weiterhin in der Anstalt verbleiben, ist die Mittheilung an die Staatsanwaltschaft alsbald zu bewirken.

Den Aufnahmepapieren ist in diesem Falle ein kurzes Gutachten des Anstaltsarztes über den gegenwärtigen Zustand des Kranken beizufügen.

II. Der Erlass des Ministeriums der Justiz, des Kultus und Unterrichts:

Bei Behandlung der in Vollzug der angeführten Erlasse an die Staatsanwaltschaften gelangenden Mittheilungen ist nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:

1. Die Staatsanwaltschaft, an welche die Aufnahme-Akten gelangen, hat zunächst ihre Zuständigkeit zu prüfen und im Falle der Unzuständigkeit die Sache der zuständigen Staatsanwaltschaft zu übermitteln. An andere, als badische Staatsanwaltschaften sollen die Aufnahmeakten nicht mitgetheilt werden, in solchen Fällen soll vielmehr nur eine kurze Mittheilung über die Aufnahme bezw. die Dauer der Verwahrung des Kranken in der Anstalt erfolgen.

2. Die Staatsanwaltschaft hat, insoweit nicht schon die Aufnahmeakten den nöthigen Aufschluss geben, die zur Entschliessung über die Stellung des Entmündigungsvertrages erforderlichen Ermittelungen ihrerseits anzustellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach § 6 Ziffer 1 B. G.-B. die Geisteskrankheit oder Geistesschwäche allein eine Entmündigung nicht rechtfertigt, der zu Entmündigende vielmehr in Folge der Krankheit ausser Stande sein muss, seine Angelegenheiten zu besorgen. Unter Angelegenheiten sind in erster Reihe Vermögensangelegenheiten, dann aber auch andere Verhältnisse, wie die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder und dergl. zu verstehen.

Besitzt der Geisteskranke kein Vermögen, so wird, wenn nicht besondere Gründe, wie die Nothwendigkeit der Mitwirkung des Kranken bei einem Rechtsgeschäft und dergl. vorliegen, von einem Entmündigungsantrage regelmässig abgesehen werden können.

3. Die Stellung des Entmündigungsantrags kann ausgesetzt werden, wenn Aussicht auf Heilung des Geisteskranken oder Geistesschwachen besteht und nicht die Voraussetzungen für die Anordnung einer



vorläufigen Vormundschaft i. S. des § 1906 B. G.-B. vorliegen.

Ebenso kann die Stellung des Antrages ausgesetzt werden, wenn bereits ein Pfleger i. S. des § 1910 Abs. 2 B. G.-B. bestellt ist.

4. Unterlässt die Staatsanwaltschaft wegen Möglichkeit der Heilung oder aus anderen Gründen die Stellung des Entmündigungsantrags, so sind von Zeit zu Zeit über die für die Entmündigung massgebenden Umstände, insbesondere das Befinden des Kranken Erkundigungen einzuziehen, um im geeigneten Zeitpunkt den Entmündigungsantrag stellen zu können.

3. Sind Antragsberechtigte i. S. des § 646 Abs. 1 C. P. O. im Inlande vorhanden, so hat die Staatsanwaltschaft, wenn nicht Gefahr im Verzug obwaltet, zunächst zu ermitteln, ob einer von diesen zur Stellung des Antrags bereit ist und nur, wenn dies nicht der Fall ist oder die Antragstellung ungebührlich verzögert wird, selbst den Antrag zu stellen,

6. Stellt die Staatsanwaltschaft den Entmündigungsantrag, so ist die Anstaltsleitung hiervon und von der Erledigung des Verfahrens zu verständigen.

Dazu seien uns folgende Bemerkungen gestattet:

ad I, 1. Dadurch, dass die Staatsanwaltschaft bei den in staatlichen Anstalten untergebrachten Geisteskranken, und nur bei diesen, erst neun Monate nach der Aufnahme des Kranken dessen Akten mitgetheilt erhält, wird auf die Möglichkeit verzichtet, den einzelnen Fall von Seiten der Staatsanwaltschaft von vornherein auf eine etwaige widerrechtliche Anstaltsverbringung zu prüfen. Dies halten wir für kein Unglück. Es bleibt die Verantwortlichkeit für ein regelrechtes Aufnahmeverfahren an den Verwaltungsorganen und der Anstaltsdirektion hängen und die Kranken sind hierdurch und durch die Cautelen des Aufnahmeverfahrens gegen Freiheitsberaubung hinreichend und besser geschützt als durch das doch bestenfalls nur facultative oder selektorische Eingreifen der Staatsanwaltschaft. Für etwas bedenklich halten wir es, dass die aufgenommenen Kranken während der ersten 9 Monate des Anstaltsaufenthaltes des, wenn auch nur ideellen Schutzes der Staatsanwaltschaft in Bezug auf ihre übrigen Interessen entbehren. Denn auch bei frisch Erkrankten werden Fälle vorkommen, wo dieselben in rechtlicher Beziehung und in der Verwaltung ihrer Angelegenheiten der Hilfe und des Schutzes bedürfen, wo von den Angehörigen aber Niemand für sie eintritt oder eintreten will oder aber sogar Gefahr besteht, dass in sie schädigendem Sinne gehandelt wird. Man wird hier wohl stillschweigend die Berechtigung der Anstaltsdirection voraussetzen dürfen, dass sie wenigstens in solchen Fällen, die ihr bekannt werden, ihrerseits aus eigener Initiative die Hilfe der Staatsanwaltschaft für ihre Kranken anrufen darf.

Für die innerhalb der ersten neun Monate in einen Beharrungszustand übergehenden Kranken ist, was wir sehr begrüssen, eine solche Möglichkeit ebenso vorgesehen wie in I 2 für die der Armenpflege angehörigen Kranken.

Das in I 3 geforderte kurze Gutachten der Anstaltsdirektion halten wir für eine zweckmässige Anordnung zur vorläufigen Orientierung der Staatsanwaltschaft.

Die in I 5 und 6 gegebenen Bestimmungen sind durchaus nöthige und sehr anzuerkennende Ergänzungen des ganzen Verfahrens.*)

Die in II. gegebenen Bestimmungen bedürfen wohl keiner weiteren Commentierung; sie decken sich vielfach mit denen der preussischen Verfügung.

In II 2 ist die Möglichkeit der Entmündigung auch für vermögenslose Kranken vorgesehen, wenn die Nothwendigkeit ihrer Mitwirkung bei Rechtsgeschäften vorliegt.

Die in II Abs. 1 und 2 getroffenen Bestimmungen sind im Interesse der Kranken zu begrüssen.

Für sehr wichtig halten wir die in II 4 angeordneten von Zeit zu Zeit zu erfolgenden Erkundigungen der Staatsanwaltschaft über die in Betracht kommenden Kranken, damit zur richtigen Zeit die Entmündigung eintreten kann.

Eine bis jetzt noch vorhandene Lücke füllt auch Punkt II 6 aus, durch die Bestimmung, dass sowohl über den Antrag auf Entmündigung als über die Erledigung des Verfahrens die Anstaltsdirektion Mittheilung erhält.

Alles in allem haben wir in diesen Erlassen für die Wahrung der Interessen unserer Kranken äusserst zweckmässige Anordnungen vor uns.

— **Bericht** über die 36. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens am 4. Mai 1901 in Hannover. Vorsitzender: Sanitätsrath Dr. Gerstenberg-Hildesheim.

Der erste Punkt der Tagesordnung musste leider infolge Erkrankung des Referenten ausfallen.

Dr. Stoeckle-Göttingen sprach über die von ihm in der psychiatrischen Klinik mit Hedonal gemachten Versuche. (Erscheint als Orginalartikel in dieser Wochenschrift.)

Sodann schildert Sanitäts-Rath Dr. Berkhan-Braunschweig in anschaulicher Weise Aussehen und Besucher einer Haschisch-Kneipe in Kairo (siehe Original).

Oberarzt Dr. Weber-Göttingen demonstrirte Präparate und Zeichnungen aus der Umgebung hyalin degenerirter Gefässe im Gehirn eines alten dementen Trinkers. In dem wahrscheinlich durch perivaskuläres Oedem infolge gestörter Circulation eigenartig gelockerten und rarefizirten Hirngewebe sah man schon bei Hämatoxylinfärbung zahlreiche auffallend grosse, unregelmässige Zellen, welche durch Hämatoxylin graublau gefärbt wurden, stark granulirt waren und meistens

---

*) Denn (ad I 5) die Staatsanwaltschaft muss zweifellos bezüglich der weiteren Schicksale der Anstaltspfleglinge auf dem Laufenden erhalten werden; und (ad I 6) unter dem gegenwärtigen Krankenbestande der Anstalten befinden sich zweifellos eine beträchtliche Anzahl von Pfleglingen, (chronisch Kranken) welche nicht entmündigt sind, der Entmündigung aber zur richtigen Wahrung ihrer Interessen durchaus bedürftig sind; um diese zu betreiben, ist der Staatsanwaltschaft die Mittheilung all dieser Fälle nöthig.

randständig oder extracellulär gelagerte Kerne hatten. Bei der Weigert'schen Neurogliafärbung erscheint der Leib der Zellen grau bis graubraun. Sie besitzen zahlreiche Ausläufer, welche z. T. direkte Protoplasmafortsätze des Leibes sind und die gleiche Färbung wie dieser haben. In einiger Entfernung vom Zellleibe nehmen die Fortsätze dieselbe Färbung an wie die Weigertschen Gliafasern. Sie treten als derbere Fasern oder als pinselförmige Büschel bis an die Wand der hyalin degenerirten Gefässe heran. Die Kerne der Zellen sind gross, bläschenförmig, mit wenig Chromatin und 3—5 Kernkörperchen versehen. Die Kerne liegen exzentrisch im Zellleibe, häufig ganz ausserhalb desselben, und sind nicht selten doppelt. Die Grösse der Zellen beträgt bis zu 23 μ.

Vortr. hält die Zellen für identisch mit den von Storch beschriebenen Monstrezellen.

Ferner fand Vortr. im Gehirn eines völlig idiot. Kindes neben spärlichen, aber wohlcharakterisirten Ganglienzellen zahlreiche, oft 2—3 grössere, bis zu 33 μ. grosse, rundliche Gebilde. Während die Ganglienzellen bei der Weigertschen Färbung den bekannten bräunlichen Farbenton annehmen, sind diese Zellen schwefelgelb, auffallend stark und gleichmässig gekörnt, ohne jegliche Protoplasmaausläufer. Der Kern sitzt ihnen meist wie eine Kappe auf und ist umgeben von einer Anzahl tangential und radiär zu der Zelle verlaufender, intensiv blau gefärbter Gliafasern. Vorerwähnte Zellen sind auch von Bonome beschrieben.

Vortr. schliesst sich der Ansicht Bonome's an, dass diese Zellen Gliaelemente seien.

Weiterhin berichtet Oberarzt Weber über isolirte schwere Gedächnissstörung. In dem einen Fall handelt es sich um einen 38jährigen Eisenbahnbeamten mit Hirnlues (Infektion vor 6 Jahren, im Sommer 1900 Tertiärerscheinungen, Heilung nach Behandlung), bei welchem die Merkfähigkeit ausgeschaltet ist, im anderen Falle um einen 51jährigen Herrn mit paralytischen Symptomen. Bei letzterem war die Aufmerksamkeit u. z. T. die Reproduktionsfähigkeit gestört, die Merkfähigkeit aber erhalten.

In einem längeren Vortrage schilderte Direktor Dr. Delbrück-Bremen die Vorarbeiten und Einrichtungen bei dem Neubau der Bremer Irrenanstalt, welche mit der schon vorhandenen Familienpflege verbunden und für 300 Kranke erbaut werden soll.

Direktor Dr. Snell-Lüneburg berichtete über die Heizanlage der neuen Lüneburger Anstalt und mehrere neuere für Irrenanstalten in Frage zu ziehenden Centralheizanlagen.

— **Die neue preussische Ministerialanweisung** betr. „Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" hat auch in der **Tagespresse** mehrfach eingehende Erörterung gefunden; es dürfte für den Psychiater von Interesse sein, die hier zu Tage tretenden Ansichten kennen zu lernen. Die „Frankfurter Zeitung" (v. 2.V.) enthält in der Besprechung folgende Ausführungen, deren Tendenz man in Blättern der verschiedensten politischen Schattirung wieder begegnet:

„Von vornherein sind in der Irrenfrage ja zwei Rücksichten auszugleichen, die sich entgegenstehen. Es müssen zuverlässige Kautelen gegen ungerechtfertigte Internirungen geschaffen werden, sei es, das diese aus Böswilligkeit oder Fahrlässigkeit erfolgen. und auf der anderen Seite ist die Rücksicht auf die Allgemeinheit zu wahren, damit nicht die öffentliche Sicherheit durch unbeschränktes Handeln von Geisteskranken gefährdet wird. Nach beiden Richtungen muss sorgfältig abgewogen werden. Die Gesetzgebung aber ist darin bisher recht einseitig gewesen, sie hat eigentlich fast nur der letzteren Rücksicht Rechnung getragen auf Kosten der Rechtssicherheit der Einzelnen. Demgegenüber ist vor allem eine Verschärfung der Aufnahmevorschriften für die Privatirrenanstalten gefordert worden, weil die Erfahrung gelehrt hat, dass es viel leichter ist, in solche Anstalten hinein- als wieder herauszukommen. Einiges ist denn auch nach dieser Richtung geschehen; indessen ein wirklich ausreichender Schutz gegen Missbräuche, gegen Einschliessung von Geistesgesunden ist weder in der früheren noch in der jetzigen Anweisung gegeben. In der Hauptsache bleibt es bei der alten Bestimmung, dass ein Attest des Kreisarztes (des früheren Kreisphysikus) zur Aufnahme erforderlich ist. Diese Vorschrift hat von Anfang an bestanden, aber die groben Missstände in der Alexianer-Anstalt nicht hindern können. Man muss dabei in Betracht ziehen, dass ein Kreisarzt nicht speciell psychiatrisch vorgebildet ist, und dass ihm noch leichter Missgriffe passiren können, wie dem erfahrenen Irrenarzt, zumal bei relativ kurzen Untersuchungen, bei denen auf sein Urtheil der orientirende Bericht des Auftraggebers sehr erheblich einwirken muss. Aufgeregtheit oder alkoholische Zustände werden da gar leicht als ernsthafte geistige Störungen angesehen werden können,*) und in der Anstalt selbst hat dann das Zeugniss des Kreisarztes um so mehr Gewicht, als dieser der Aufsichtsbeamte über die Anstalt ist.

Es ist ohne Weiteres klar, dass hierin erhebliche Gefahren für den wirklich oder vermeintlich Kranken liegen, namentlich wenn Andere an seiner Einsperrung in einer Anstalt ein besonderes Interesse haben. Eine Aenderung enthält nun allerdings die neue Anweisung: sie lässt es zu, dass das Aufnahmeattest auch durch den Leiter einer öffentlichen Anstalt für Geisteskranke oder einer psychiatrischen Universitätsklinik erfolgt. Dem zu Untersuchenden ist jedoch damit wenig geholfen, weil nicht er es ist, der diese Spezialuntersuchung verlangen kann. Nur dann würde er eine wirkliche Sicherung gegen Missbräuche erhalten, wenn ihm ein Einspruchsrecht zustände, auf Grund dessen eine Nachprüfung seines Zustandes durch mehrere anerkannte Psychiater zu erfolgen hätte, und wenn gleichzeitig auch Vorschriften über die Beobachtungszeit ergingen; denn in sehr vielen Fällen wird nur eine längere Beobachtung ein klares Urtheil ermöglichen, das ist um so nothwendiger, als die Entlassung ziemlich schwer zu erreichen ist und der Kranke selbst auf diese gar keinen Einfluss hat. Die neue Anweisung sieht in dieser Beziehung allerdings eine kleine Besserung vor, indem sie vorschreibt, dass die Entlassung auch er-

*) Verf. hält wohl die alkoh. Zustände für spasshafte geist. Störungen!



folgen muss, wenn der Kranke so weit gebessert ist, dass er der Behandlung in der Anstalt nicht mehr bedürftig erscheint; aber diese Vorschrift hat nur da Werth, wo ohnehin nach ihr gehandelt werden würde, während sie in den Fällen, für welche allein ja die Bestimmungen erlassen werden, also da, wo Missbräuche vorkommen, dem subjektiven Ermessen so weiten Spielraum lässt, dass die Zurückhaltung des Internirten beliebig lange erfolgen kann. Der Kranke kann nun allerdings auch selber seine Entlassung nachsuchen; indessen das hat lediglich die Folge, dass der Anstaltsvorstand seine etwaigen Ablehnungsgründe dem zuständigen Ersten Staatsanwalt mittheilt. Es findet also nur eine Bereicherung der Akten statt, von einem grösseren Recht des Eingesperrten jedoch ist keine Rede. Nun finden allerdings in bestimmten Zeiträumen Revisionen statt; aber auch diese sind nicht derart eingerichtet, dass sie eine sonderliche Abhilfe versprechen. Zweimal im Jahr revidirt der Kreisarzt, einmal eine besondere Besuchskommission. Dass solche Revisionen in Bausch und Bogen keinen grossen Werth haben, weiss Jedermann. Nur wenn periodische Untersuchungen der Kranken auf ihre Entlassungsfähigkeit durch mit der Aufsicht betraute geübte Psychiater vorgenommen, und wenn solche namentlich auf Entlassungsgesuche der Kranken erfolgen, ist eine grössere Gewähr vorhanden.

Etwas klarer sind noch die Bestimmungen über die ärztliche Leitung der Privatirrenanstalten gefasst worden, die auch in der früheren Anweisung den Hauptwerth hatten. Die Vorbildung wird fester geregelt durch die Vorschrift einer zweijährigen entsprechenden Vorbildung für den leitenden Anstaltsarzt, und die Anordnung der Anstellung mehrerer Aerzte bei dem Vorhandensein einer bestimmten Zahl von Kranken getroffen, womit für ausreichende ärztliche Ueberwachung gesorgt und einer Art Alleinherrschaft des Pflegepersonals vorgebeugt werden soll. Dass man hier aber auch Ausnahmen zulassen will, erscheint wenig begründet, und dass der Regierungspräsident über den Nachweis der psychiatrischen Vorbildung der nicht leitenden Anstaltsärzte entscheiden soll, ist erst recht bedenklich und kann zu Chikanen und zu Entscheidungen Anlass geben, die nicht immer sachlich zu rechtfertigen sind. Dagegen ist es ohne Weiteres zu begrüssen, dass der Arzt die eigentliche Entscheidung über das einzustellende Pflegepersonal haben soll.

Es ist also zuzugeben, dass die neuerlassene Anweisung Manches bessert, ohne indessen die Hauptmängel abzustellen. Diesen wenigen Besserungen stehen noch dazu höchst bedenkliche Bestimmungen gegenüber, die für einen erheblichen Theil der Kranken sogar die wenigen sonst vorgesehenen Kautelen wieder beseitigen. Die Kranken unter 18 Jahren nämlich können ohne amtliche Prüfung auf eine einfache ärztliche Bescheinigung hin aufgenommen werden, und während sonst eine bestimmte psychiatrische Vorbildung der Anstaltsärzte gefordert wird, soll in Anstalten für jugendliche Kranke einfach der Regierungspräsident nach Anhörung der Besuchskommision entscheiden, ob die psychiatrische Vorbildung der anzustellenden Aerzte für genügend gehalten wird. Das ist eine merkwürdige Fürsorge für Jugendliche. Glaubt man denn etwa, dass Jugendliche weniger des staatlichen Schutzes bedürfen wie Erwachsene, und dass sie sich leichter fremder Böswilligkeit erwehren können? Es ist ganz unfassbar, wie die Minister zu diesen Sonderbestimmungen haben kommen können, welche die Schutzbedürftigsten am schutzlosesten lassen. In den Anstalten für Jugendliche soll auch die Verwendung des Personals für Unterricht und Ausbildung dem Unternehmer überlassen bleiben, und nur unter sehr auslegungsfähigen Voraussetzungen kann der Arzt eingreifen. Das ist aber von grossem Bedenken bei Anstalten, in denen an sich ein gewisser Gegensatz zur rein ärztlicher Behandlung besteht, und wo man zum Theil mittelalterliche Erbauungsmittel der modernen medizinischen Wissenschaft vorzieht.

Die schwierigen Fragen, um die es sich handelt, bedürfen einer gesetzlichen Reform, welche die Befugnisse nach allen Seiten fester abgrenzt, und auch gleichzeitig die juristische Seite, speciell die Entmündigung, mitregelt, sowie überhaupt den Anstaltskranken einen offiziellen Rechtsbeistand schafft. Die Reichsgesetzgebung müsste hier eingreifen, der ja auch die Massregeln der Medizinal- und Veterinärpolizei nach der Verfassung unterstellt sind."

— Durch **Runderlass des preuss. Ministers** der p. p. Medicinal-Angelegenheiten (J. A. Förster) und des preuss. Ministers des Innern (J. V. Bischoffshausen) vom 16. Januar 1901 werden den Regierungs-Präsidenten die nachfolgenden, vom Justizminister unterm 27. Juni 1900 an die Kammergerichts-Präsidenten und Präsidenten der Oberlandesgerichte erlassenen Bestimmungen über die Unterbringung entmündigter Trunksüchtiger in Trinkeranstalten mitgetheilt.

I. Sobald die Vormundschaft über einen entmündigten Trunksüchtigen angeordnet ist, ist dem für den Bezirk des Vormundschaftsgerichts zuständigen Ober-Präsidenten, in den Hohenzollern'schen Landen dem Regierungs-Präsidenten, hiervon Mittheilung zu machen. Dabei ist anzugeben, ob die Unterbringung des Entmündigten in eine Trinkeranstalt in Aussicht genommen ist, oder aus welchen Gründen dies nicht geschieht.

II. Erfolgt die Aufnahme in eine Trinkeranstalt, so ist hiervon dem Ober-Präsidenten (Regierungs-Präsidenten) unter Bezeichnung der Anstalt Kenntniss zu geben.

Erfolgt die Entlassung aus der Anstalt, so ist dies unter Angabe der Gründe mitzutheilen.

III. Auf Ersuchen der Ober-Präsidenten (des Regierungs-Präsidenten) ist Auskunft über alle zur amtlichen Kenntniss des Vormundschaftsgerichts gelangten Thatsachen, welche für die Prüfung der zur Erörterung stehenden Fragen von Erheblichkeit sein können, zu ertheilen.

IV. Solche Thatsachen, welche für die angeordnete Prüfung von offenbarem Interesse sind, sind von Amtswegen zur Kenntniss des Ober-Präsidenten (Regierungs-Präsidenten) zu bringen.

V. Zur Bewirkung der unter I bis IV. vorgeschriebenen Mitteilungen hat das Vormundschaftsgericht an den Vorgesetzten, Landgerichts-Präsidenten, das Amtsgericht I. hierselbst an den Amtsgerichts-Präsidenten, Bericht zu erstatten. Der Landgerichts-



Präsident (Amtsgerichts-Präsident) theilt den Bericht unter Hinzufügung der etwa erforderlichen Bemerkungen dem Ober-Präsidenten (Regierungs-Präsidenten) mit.

— **Bremen.** Nachdem im vorigen Jahre Senat und Bürgerschaft die Summe von 2 Millionen Mark für den Bau der neuen Irrenanstalt in Ellen bewilligt hatten, ist im vergangenen Winter mit dem Bau der Anstalt begonnen worden. Es werden zunächst gebaut für 300 Patienten der Normalklasse und 22 Privatpatienten 8 grössere Krankenhäuser, Küche, Waschhaus, Maschinenhaus, Verwaltungsgebäude, Direktorwohnhaus, Gesellschaftshaus, Werkstättengebäude und mehrere Pflegerfamilienhäuser. Letztere sind annähernd fertig gestellt und sollen schon in diesem Sommer zur Entlastung des sehr überfüllten St. Jürgenasyls dienen. Die ganze Anstalt soll spätestens im Sommer 1903 bezogen werden.

Referate.

— M. H. Willemaers, procureur général près la cour d'appel de Bruxelles. Les aliénés criminels. Discours à l'audience solennelle de rentrée du 1. octobre 1900. Bruxelles, Ferd. Larcier. 1900. 84 Seiten. — In der Einleitung wendet sich Willemaers mit Macht gegen die trügerischen Lehren der anthropologischen Schule, „trügerisch, weil sie der Creatur das nehmen, was wir für das Grösste, das Edelste halten: die Vernunft, die Urteilskraft, die Freiheit, die Menschenwürde".

(Ist das denn ein Grund, sie für trügerisch zu erklären? Wenn die Wissenschaft wirklich Gründe haben sollte, den freien Willen zu läugnen, so folgte daraus nur, dass Herr Willemaers das Edelste des Menschen in einer Fiction gesucht hat; und wenn auch eine neue Erkenntniss dem Menschen das Grösste nehmen würde, beweist das nicht das Mindeste gegen die Richtigkeit dieser Erkenntniss. Und Vernunft und Urtheilskraft lässt Lombroso jedem, der sie hat.)

„Der Mensch im Sinne Lombroso's ist nicht mehr verantwortlich". (Warum denn nicht?)

„Weil man Mittel gegen die Diphtherie und die Tollwut erfunden hat, ist auch die ethische Inferiorität nicht als unheilbar zu betrachten".

Die als Kranke erklärten Verbrecher haben nicht einmal den letzten Trost einer späteren Entlassung.

(Warum nicht? Und das lebenslängliche Gefängniss und die Todesstrafe! Letztere allerdings in Belgien ausser Uebung. Willemaers selbst sperrt einige Seiten später auch Geisteskranke ein, so lange als sie gefährlich sind oder (pag. 64) „für eine leider unbegrenzte Zeit").

„Es giebt moralische Idioten, aber sie häufig zu finden, ist eine Utopie, weil das zur Straflosigkeit führt".

(Weil eine Anschauung zur Straflosigkeit führt, ist sie unwahr! Uebrigens ist natürlich auch die Consequenz falsch; Lombroso sperrt seine Leute ein, nur noch besser, als die alte Schule).

In der ganzen Polemik nicht ein Versuch eines wissenschaftlichen Beweises. Sie ist ein makelloses Muster einer Deduction aus vorgefassten Meinungen, wie sie in solcher Materie üblich sind.

Das eigentliche Thema ist in sehr anziehender Weise behandelt:

Der Geisteskranke kann nicht gestraft werden, denn bei einem inconscient kann dadurch weder Sühne noch Besserung bezweckt werden.

Seit 1850 werden in Belgien die während oder nach der Untersuchung als geisteskrank erkannten Verbrecher durch den Staatsanwalt (ministère public) in eine Irrenanstalt gewiesen. Für freigesprochene Angeklagte können auch die Unterstützungspflichtigen die Anstalt bestimmen. In der Anstalt müssen die geisteskranken Verbrecher von den anderen Kranken getrennt werden, wenn nicht der Justizminister ausdrücklich das Gegentheil erlaubt. Die Männer werden in Tournai, die Frauen in Mons internirt.

Von der Heilung eines Kranken ist sofort dem Justizbeamten, der die Einlieferung verlangt hat, Mittheilung zu machen. Fünf Tage nachher muss der Kranke entlassen sein. „Wenn der Staatsanwalt sich der Entlassung widersetzt, wird die Sache durch die députation permanente der Provinz, in welcher das Asyl liegt, erledigt".

Im Einverständniss mit dem Staatsanwalt kann der Anstaltsarzt auch probeweise Entlassungen verfügen.

Auf die Gefahr neuer verbrecherischer Handlungen wird keine Rücksicht genommen.

Unter „Heilungen" können Heilungen eines epileptischen Delirs, Verschwinden einer Verfolgungs-Hallucination inbegriffen sein.

Das Gesetz verbietet, einen Geisteskranken, sei er Verbrecher oder nicht, auch nur vorübergehend in einem Zuchthaus (prison) zu halten.

Annexe an die Zuchthäuser für Geisteskranke sind nicht zu empfehlen: die irren Verbrecher sind Kranke; man muss sie als solche behandeln und darf sie nicht durch den Aufenthaltsort als Verbrecher stigmatisiren.

Ebenso wenig gehören diese Patienten in die gewöhnlichen Irrenanstalten: die moderne freiere Behandlung würde dadurch unmöglich. Die andern Kranken würden sich herabgewürdigt fühlen, neben den Irren mit verbrecherischer Vergangenheit zu wohnen. Das Beispiel der Letztern verdirbt die ehrenhaften Kranken.

Specielle Annexe an die Anstalten bieten nach Willemaers und Anderen die gleichen Nachtheile. Dazu sind sie nicht sicher genug. Man kann in der gleichen Anstalt nicht zweierlei Disciplinen haben.

Hierzu erlaubt sich Ref. einige Bemerkungen.

Ich hatte in der Pflegeanstalt Rheinau einen grossen Procentsatz verbrecherischer Irrer und irrer Verbrecher, die unter den andern lebten. Von den schlimmen Consequenzen dieses Umstandes habe ich sehr wenig gesehen. Von den ehrlichen Kranken haben sich höchstens diejenigen einmal beklagt, welche überhaupt Gründe zum Quäruliren suchen, ein



wirkliches Gefühl der Entehrung oder Erniedrigung habe ich nie daraus resultiren gesehen. Niemals haben sich die Angehörigen der Kranken deshalb beklagt. Wenn der Annex in Tournai nicht ausbruchsicher genug ist, so ist das ein spezieller Fehler der dortigen Bauten und der dortigen Aufsicht, der an einem andern Orte nicht nachgemacht zu werden braucht. Man kann ja einen solchen Annex, wenn man ihn überhaupt für nöthig finden sollte, als besondern Pavillon bauen, so ausbruchsicher als man will.

Nun aber die Hauptsache: Ein grosser Theil der criminellen Kranken ist gar nicht gefährlicher als die Andern; ein Theil der ehrenhaften ist ebenso gefährlich wie die schlimmsten der erstern. Warum also trennen nach einem Kriterium, das an sich für die Behandlung irrelevant ist? Und die schönen Gründe die aus der Freiheit der Behandlung und aus der Einheit der Disciplin abgeleitet werden, wären ein testimonium paupertatis für jede moderne Irrenanstalt.

Wenn diese nicht im Stande sein sollte, gefährliche Elemente zu beherbergen, so wäre sie eben nur eine Anstalt für Ungefährliche, und würde nur einen Theil ihrer Aufgabe erfüllen. Hält man solche Anstalten für praktisch, dann kann man sie ja einrichten, aber dann muss man noch dazu Anstalten für Gefährliche bauen, und zwar ohne Rücksicht auf vorangegangene Conflikte der Kranken mit der Polizei.

Ich bezweifle allerdings sehr, dass eine solche Trennung sich bewähren könne. Weder Broadmoor, noch Montelupo sind ermutigende Beispiele. Auch mit der doppelten Disciplin ist es nicht so gefährlich, wie Verfasser im Anschlusse an Dr. Lentz sich vorstellt: Eine gute Irrenanstalt muss ohnehin jedem Kranken das ihm zukommende Mass von Freiheit geben können, also eine Menge von verschiedenen Disciplinen haben. Die Verbrecher bringen also auch in dieser Beziehung nichts Neues in das Haus.

Es mag gewiss unter bestimmten Verhältnissen gut sein, eigene Verbrecher-Irrenanstalten zu gründen, aber so principiell lässt sich die Frage nicht entscheiden.

Das zeigt sich am besten im folgenden Abschnitt, wo Willemaers erörtert, wer denn eigentlich in eine solche Anstalt gehöre.

Natürlich nicht alle criminellen Irren, denn viele könne man sogar in der Freiheit belassen. (! Der beste Beweis, wie unrichtig die Furcht vor der ganzen Klasse von Kranken ist.)

Soll das Verbrechen massgebend sein? oder die Höhe der ausgesprochenen Strafe? Ist nur das letzte Verbrechen massgebend, oder auch allfällige frühere? Kommen nur die Verurtheilten hin? Oder auch die wegen Geisteskrankheit freigesprochenen? Nur die für schwere Verbrechen eingezogenen? etc. etc.

Alle diese Fragen haben die verschiedensten Antworten gefunden.

Willemaers will jeden Verbrecher, der geisteskrank wird, und jeden Geisteskranken, der ein Verbrechen begangen hat, in das Specialasyl bringen. Er lässt aber Ausnahmen zu, wenn sie weder das öffentliche Interesse, noch dasjenige der ehrlichen Kranken verletzen. Das Gericht soll diese Fälle, die in die gewöhnliche Irrenanstalt kommen, auswählen.

Die „gefährlichen" Geisteskranken, die noch nichts begangen haben, d. h. wohl die rechtzeitig internirt worden sind, kommen in die gewöhnlichen Anstalten, wo für sie specielle Abtheilungen sein müssen (also doch!) Zum Troste derjenigen, die sich fürchten, macht Willemaers darauf aufmerksam, dass auch die Drohung ein Verbrechen sei, das den gefährlich werdenden Kranken rechtzeitig in die Specialanstalt bringen könne.

Die Frage, wer denn die Internirung in die Verbrecher-Anstalt zu verfügen habe, ist natürlich nur für belgische Verhältnisse beantwortet. Selbstverständlich findet Willmaers, dass da, wo es sich um die Freiheit eines Bürgers handle, nur die Justizbehörden die nötigen Garantieen gegen Missbrauch bieten und dass also diese zu entscheiden haben. Im Detail verursachen die bestehenden belgischen Gesetze jetzt noch manche Schwierigkeiten.

So muss z. B. ein gefährlicher Verbrecher, der wegen Geisteskrankheit von der Jury freigesprochen wird, in Freiheit gesetzt werden, weil das ohne Begründung gegebene Urtheil keinen Anhaltspunkt zum Einschreiten giebt!

Die sehr hübsche Diskussion der verschiedenen Meinungen, wobei auch französische Autoren Berücksichtigung finden, ist eine recht lehrreiche. Die Widersprüche, in die die Leute sich untereinander und mit den Thatsachen verwickeln, bringen die Insufficienz der jetzigen juristischen Anschauungen in den praktischen Fragen der Psychiatrie deutlich zum Bewusstsein. Prof. Bleuler-Burghölzli.

— P. I. Möbius, Stachyologie. Weitere vermischte Aufsätze. Leipzig, Barth, 1901. — 219 S. — Preis 4,80 M., gbdn. 6,00 M.

M. widmet die in diesem Buche vereinigten Aufsätze, die „Aehrenlese", dem Andenken seines Lehrers Fechner, seit dessen Geburt am 19. April 1901 hundert Jahre vergangen sind. (Gestorben 18. November 1887.) Er wünscht dem Toten, dass das zweite Jahrhundert ihn besser verstehen lernen möge als das erste, in das sein irdisches Leben fiel, in dem man ihn totgeschwiegen habe. M. denkt dabei weniger an den Physiologen und Psychologen Fechner als an den Philosophen, auf dessen Bedeutung er schon in seinem Buche über Schopenhauer und andernorts nachdrücklich hingewiesen hat. Fechner selbst sei seine Metaphysik wesentlich wichtiger gewesen als seine Psychophysik, Fechner's Metaphysik sei für alle, die auf dem Boden der Wissenschaft stehen, die einzig mögliche und gewinne immer mehr an Einfluss. Ein Zeichen hierfür sei die weite Verbreitung der nur von Fechner stammenden Lehre vom psychophysischen Parallelismus. In „Drei Gesprächen über Metaphysik" und „Drei Gesprächen über Religion" giebt M. eine kurze Darstellung dieser neuen, im Boden der Erfahrung begründeten Metaphysik. Der Aufsatz „Psychiatrie und Litteraturgeschichte", der zuerst in der „Psychiatrischen Wochenschrift" veröffentlicht wurde, fordert zur psychiatrischen Litteraturbe-



trachtung auf; hier seien für den Psychiater noch viele Eroberungen zu machen. Als Muster derartiger Arbeiten kann die folgende Abhandlung „Ueber J. J. Rousseau's Jugend" gelten. Rousseau litt nach M. in seinen späteren Jahren an Paranoia, seine „Bekenntnisse" sind die Verteidigungsschrift eines Geisteskranken; er wollte durch unbedingt wahrhafte Darstellung seiner Person und seiner Lebensgeschichte die Vorwürfe widerlegen, die nach seinem Wahne von seinen Verfolgern gegen ihn erhoben wurden. Im Anschluss an diese „Bekenntnisse" schildert M. ausführlich Rousseau's Jugend und analysiert Rousseau's Charakter. In seinen zwanziger Jahren litt Rousseau an einer etwa drei Jahre dauernden psychischen Krankheit, die in manchen Beziehungen an die Jugendkrankheit Goethe's erinnert; nach der jetzigen Ausdrucksweise würde man sie wohl als „Neurasthenie" bezeichnen, ohne damit jedoch das Wesen der merkwürdigen Störung erschöpfend zu kennzeichnen. In zwei Aufsätzen über Goethe giebt M. Ergänzungen zu seinem Goethebuch; in einem derselben polemisiert er gegen W. A. Freund, der bewiesen zu haben glaubt, dass Goethe in Leipzig an Syphilis erkrankt sei, was M. nicht anerkennt. In dem Aufsatze „Ueber das Studium der Talente" bespricht M. das Verhältniss des Talents zum Genie: „das Wesentliche bleibt das, dass wir einsehen: es giebt nicht Ein Genie, so wenig wie es Eine Intelligenz oder Einen Willen giebt, sondern wir sprechen dann von Genie, wenn bestimmte Triebe, bei einer im Allgemeinen günstigen Organisation, ungewöhnlich hoch entwickelt sind. Es giebt so viele Arten von Genie, wie es ursprüngliche Talente giebt, und deshalb ist das Studium der einzelnen Talente unentbehrlich zur Kenntniss des genialen Menschen." In der Abhandlung „Ueber die Vererbung künstlerischer Talente" kommt M. zu dem Schluss, dass die Vererbung vom Vater ausgeht, und die Mutter nur eine untergeordnete Rolle spielt; das weibliche Talent ist nicht nur selten, es erreicht auch im günstigsten Falle nur eine mittlere Höhe. Der Inhalt von „Ueber einige Unterschiede der Geschlechter" deckt sich im Wesentlichen mit dem der bekannten, dem Bande einverleibten (Schrift: „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes"*); ein hinzugefügtes Nachwort schliesst mit dem Rufe: „Schützt das Weib gegen den Intellektualismus" Auch die vielbesprochene Abhandlung „Ueber Entartung" ist in die „Aehrenlese" aufgenommen. Den Schluss des Bandes bilden drei Aufsätze „Ueber Mässigkeit und Enthaltsamkeit," in denen M., der selbst seit mehr als zwei Jahrzehnten abstinent lebt, die „Mässigen" in Schutz nimmt gegen die Vorwürfe der Enthaltsamen.

Die subjektive Denkungs- und Schreibart Möbius' ist zu bekannt, als dass sie hier einer besonderen Charakterisierung bedürfte.

W. Hess (Stephansfeld).

— Das ärztliche Geheimniss und die öffentlichen Irrenanstalten von Dr. Pons, Chefarzt der Irrenanstalt in Bordeaux. — Anal. Méd.-psych. 1900. Heft 1—6.

*) In 3. Auflage erschienen bei Carl Marhold in Halle a. S.

Der Verf. stellt sich die Frage: Wie weit können und sollen Aerzte öffentlicher Irrenanstalten das ärztliche Berufsgeheimniss wahren, das in Frankreich gesetzlich anerkannt, und dessen Verletzung strafbar ist?

Die Thatsache des Anstaltsaufenthaltes kann nicht Geheimniss sein, weil zu viele Personen darum wissen, amtlich und privatim. Immerhin kann sich der Arzt desselben aus Discretionsgründen bedienen, um unberufene Frager abzuweisen oder um Depositionen (Anzeigepflicht bei Geburten und dergl.) zu entgehen, welche den Familien der Kranken nachtheilig sein könnten. — Vom Gerichte eingeforderte Atteste soll er unbedenklich ausstellen, nicht aber solche, welche von Privaten verlangt werden, und dies schon aus dem Grunde nicht, weil die Folgen ganz andre sein können, als der das Zeugniss ausstellende Arzt beabsichtigte. Uebrigens sei durch richterlichen Entscheid ein für allemal festgestellt, dass der Arzt vom Zeugnisszwang befreit sei!

Bezüglich dessen, was er durch mündliche Mittheilung der Kranken erfährt, sei der Arzt verpflichtet, zu schweigen, auch wenn es ins Criminalfach reicht. Er sei nicht Zeuge, der diese und jene Aeusserung des Kranken, in casu eines unzurechnungsfähigen Geisteskranken vernommen habe, sondern bleibe dem Kranken und dessen Familie gegenüber der Arzt mit dem Berufsgeheimniss. Für die Correspondenz geht Verf. ebenfalls vom Grundsatze aus, dass das ärztliche Geheimniss alles decken müsse, was dem Kranken und Drittpersonen schaden könne. Der Arzt soll, schon um die Kranken recht kennen zu lernen, sowohl die ankommenden als die abgehenden Briefe lesen. Was er von erstern dem Kranken nicht gleich oder überhaupt nicht geben könne, soll er dem Genesenen bei seinem Austritt geben, oder dessen Angehörigen, wenn der Pat. stirbt, oder soll, wenn unbestellbar, in besondern Archivlokalen der Anstalt aufbewahrt werden. — Briefe, welche der Kranke schreibt, soll der Arzt zurückhalten, wenn sie das Geheimniss des Aufenthaltes verrathen, oder, wenn sie, obgleich an berechtigte Mitwisser gerichtet, verletzenden oder injuriösen Inhaltes sind, oder endlich, wenn sie — schuldige oder unschuldige — Drittpersonen compromittiren, Namen nennen und dergl. Der Arzt soll so handeln, selbst wenn er durch das gegenwärtig noch geltende Irrengesetz von 1838 dazu verpflichtet wäre, die Briefe abzuschicken, weil an amtliche Stelle gerichtet. Für das neue Gesetz möchte Verf. lieber das englische Verfahren adoptiren, weil es dem Arzte das Dilemma erspare, entweder gegen das Gesetz zu verstossen oder aber zuzusehen, resp. mitzuhelfen, wie und dass Schaden angerichtet werde.

Referent schliesst sich ganz der Ansicht des Verf. an, dass das Factum des Anstaltsaufenthaltes nicht ärztliches Berufsgeheimniss sein kann, und besonders nicht mehr in einer Zeit, wo die familiale Irrenpflege in grossem Maassstabe organisirt wird. Aber Sache der Discretion soll es trotzdem sein; und dieser haben sich alle Betheiligten, auch das Wartepersonal, zu befleissigen. Uebrigens nicht dass man davon spricht oder nicht spricht, sondern wie man davon spricht, ist je nach Umständen verletzend oder nachtheilig.



Je freier sich die Behandlung der Geisteskranken im Innern der Anstalt ausbildet, je leichter Ein- und Austritt gemacht werden, um so mehr werden Scheu und Vorurtheile des Publikums verschwinden, denen das ärztliche Berufsgeheimniss mehr Vorschub leistet, als Abbruch thut. Denn muss das ärztliche Berufsgeheimniss nicht gar oft dazu dienen, Leuten eine Aktionsfähigkeit zu lassen, die sie eigentlich nicht haben dürften, oder Straflosigkeit, wo die Justiz eingreifen sollte? Die Beispiele, welche der Verf. zu Gunsten des ärztlichen Schweigens anführt, scheinen dem Ref. eher zu dessen Ungunsten zu sprechen. Es wäre übrigens interessant gewesen, wenn Verf. auch das Verhalten gegenüber Lebensversicherungen, bezüglich späterer Eheschliessung und bezüglich des Militärdienstes in den Rahmen seiner Erörterungen gezogen hätte. Soll da der Psychiater reden oder schweigen, wenn er um Auskunft angegangen wird? Wahrhaftigkeit wird gewiss nicht nur das Rechte, sondern auch das Richtige sein.

Ueberdies gehen alle diese Fragen nicht nur den Kranken und dessen Angehörige, sie gehen auch die Gesammtheit an, und da hat Brouardel gewiss Recht, wenn er das öffentliche Wohl über das des Einzelnen stellt.

Wenn aber ein gesetzlich gefordertes und geschütztes Berufsgeheimniss dem Publikum und dem Kranken selbst gegenüber eine zweischneidige Waffe ist, so ist es fraglich, ob dasselbe das Ansehen des ärztlichen Standes, speziell der Irrenärzte erhöht. — Tüchtigkeit, Humanität verbunden mit Discretion leisten dasselbe Gute wie das Berufsgeheimniss, und binden dem Arzte die Hände nicht da, wo er sie frei haben sollte. —dt.

— Weiteres über „Suggestion durch Briefe." Von A. Grohmann-Zürich. Nachtrag zu diesem Aufsatze. Von Prof. A. Pick-Prag. (Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. 10, Heft 5.)

G. bespricht die Zunahme des Interesses für populäre Behandlung der Graphologie oder besser für alberne Spielerei mit ihr. Im „Tagesanzeiger der Stadt Zürich", der 50000 Abonnenten hat, stand am 21. 7. 1900 im Briefkasten: „Man sieht eine herannahende Geisteskrankheit lange, ehe sich medizinisch etwas sicheres konstatieren lässt, deutlich aus der Schrift." Es wird deshalb die Konsultation eines (natürlich nicht medizinischen) Graphologen empfohlen.

P. theilt die Krankengeschichte eines 27jährigen niederen Beamten mit, der gegen einen Landesgerichtsrath, dessen Tochter er ehelichen wollte, einen Mordversuch gemacht hatte. In seinem komplizierten Wahnsystem spielte die „Psychographologie" eine grosse Rolle. Er hatte von dem in allen Zeitungen annoncierenden Graphologen Liebe (in Wirklichkeit trägt der Mann einen weniger suggestiven Namen) sich verschiedene „psychographologische" Analysen ausarbeiten lassen, die im Auszug abgedruckt sind, ein unsinniges Gemisch von hochtrabenden Phrasen und platten Binsenwahrheiten, das richtige Futter für Arme im Geiste. Ed. Hess (Stephansfeld).

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

G. Ilberg. Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie. Zeitschr. f. d. gesammt. Strafrechtswissenschaft. 1901. Bd. XXI.

J. Morel, Offizielle Unterdrückung des Alkoholismus in Belgien. Der Alkoholismus, Vierteljahrsschr. Sep.-Abdr.

W. Weygandt, Die Bedeutung des bürgerlichen Gesetzbuchs für Schwachsinnige und Epileptische. Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer, Nr. 3 u. 4, 1901.

F. Wachenfeld, Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig 1901.

F. Leppmann, Chronische Verrücktheit als Unfallfolge. Aerztl. Sachverständigen-Ztg. Nr. 8.

A. Grotjahn, Die Epileptiker in der Weltgeschichte. Die Zukunft. 11. V. 1901.

Annales med.-psych., Mai bis Juni 1901, enthält ausser den Fortsetzungen der früheren Artikel: Viallon, Un cas de folie brightique.

P. Hospital, Etude statistique sur l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie à Clermont. — Ferner Vereinsberichte, Referate etc.

H. Oppenheim, Beitrag zur Prognose der Gehirnkrankheiten im Kindesalter. Berl. klin. Wochenschr. 1901, Nr. 13.

Rackzeh, Nervöse Dyspnoe. Ibidem Nr. 17.

A. Elzholz, Weitere Mittheilung über Delirium tremens. Wien. klin. Rundschau 1901. Nr. 14.

M. Kassowitz, Der Alkoholismus im Kindesalter. Ibidem Nr. 14.

Maydl, Cysticercus cerebri, Exstirpation, Heilung. Ibidem Nr. 16.

M. Sihle, Zur Pathologie und Theorie der Migräne. Wien. klin. Wochenschrift 1901, Nr. 13.

Wagner v. Jauregg, Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen und psychischen Erkrankungen. Ibidem Nr. 15.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Dr. Hubert Schnitzer, bisher 1. Assistenzarzt der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg, hat am 15. März die Stelle des Oberarztes und leitenden Arztes der Kückenmühler Anstalten in Stettin übernommen.

— Der Direktor der Kreisirrenanstalt Gabersee (Oberbayern), Med.-Rath Dr. M. J. Bandorf wurde vom 1. Mai l. J. ab, seinem Ansuchen entsprechend, wegen Krankheit quiecirt und demselben in wohlgefälliger Anerkennung seiner langjährigen, mit Eifer und Treue geleisteten, ausgezeichneten Dienste der Verdienst-Orden vom H. Michael IV. Cl. verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 9. 25. Mai **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die sociologische Bedeutung des Alkoholismus.

Von Prof. Dr. *T. G. Masaryk*, Prag.*)

Verehrte Anwesende! Erlauben Sie mir zur socialen Frage des Alkoholismus einige sociologische Bemerkungen. Wenn wir beständig von Alkoholismus sprechen hören, und die verschiedenen Präparate sehen, so erscheint uns der Gegenstand so objectiv, als ob dieser Alkohol i s m u s weiss Gott wo über oder hinter uns wäre; und doch handelt es sich hier um uns selbst, — ich wenigstens fühle mich durch die hier gehörten Reden getroffen und frage mich darum: was bedeutet der Alkoholismus für mich? Um auf die Frage richtig zu antworten, müssen wir uns über die Methode der Untersuchung einigen. Ich muss da Bezug nehmen auf das, was, wenn ich mich recht erinnere, gegen den Subjectivismus Herr Dr. Wlassak gesagt hat. Ich anerkenne, dass die objective Methode, die bisher in allen Vorträgen zur Geltung gekommen ist, für ihr Gebiet wichtig ist, allein ich glaube, dass die innere Beobachtung eines jeden von uns auch ganz präcise Daten liefern kann, wenn diese auch nicht psychophysiologisch so genau gemessen werden können wie bei der Methode Professor Kraepelins. Aus dem Gedächtnisse lassen sich die Thatsachen genau genug constatiren; wo es sich um complicirtere Phänomene handelt, haben wir überhaupt keine andere Methode. So z. B. wurde auch hier Helmholtz' Autorität über die Wirkung des Alkohols auf complicirte geistige Vorgänge citirt und doch hat Helmholtz nur eine subjectiv-constatirte Thatsache vorgebracht. Wir werden ohne innere Beobachtung, ohne psychologische Analyse, mit bloss objectiver Methode auch mit dem Alkoholismus nicht fertig. Ich glaube behaupten zu können, dass die psychologische Beobachtung mit dem stimmen muss, was von den Biologen, Pathologen, Psychiatern u. a. constatirt worden ist.

Ich habe schon vor einigen Jahren bei Bekannten und nicht Bekannten, von denen ich voraussetzen konnte, dass sie die Probleme genau erfassen und dass sie gut beobachten können, über das Trinken Umfrage gehalten; daraus nun und aus eigener Er-

*) Anm. d. Red. Für die Ueberlassung der nachstehenden geistreichen Ausführungen, welche der Herr Verf. auf dem 8. internat. Kongress gegen den Alkoholismus in Wien in der Discussion vortrug und für die er wiederholt durch anhaltenden Beifall belohnt wurde, sei ihm an dieser Stelle der wärmste Dank ausgesprochen.



fahrung würde ich beiläufig Folgendes sagen wollen.

I. Vorerst geben alle, die über die Frage nachdenken, zu, dass sie im unmässigen Trinken — über mässiges Trinken, ist mit Recht gesagt worden, brauchen wir hier nicht zu sprechen — nicht eigentlich befriedigt werden; ich kann aus meiner Erfahrung sagen, dass ich seit dem Momente, als ich über die Sache nachzudenken begann, nie so recht froh sein konnte, wenn ich mehr getrunken hatte. Man fühlt, dass man sich in der Anpreisung und schon in der Vertheidigung des Trinkens anlügt (Beifall) und Argumente hervorsucht, etwa, dass es „gemüthlich" sei u. ähnl. Man sucht diese Argumente, um sich selbst, nicht bloss, um andere zu belügen. Lügen sind in erster Linie nicht für andere Menschen bestimmt, wer lügt, lügt immer sich selbst an. Der Alkoholismus ist ein typischer Fall dieser Lüge und eo ipso der Selbstbelügung. (Zustimmung.) Was Herr Professor Meyer in dem ersten Vortrage ausgeführt hat, war auch vom psychologischen Standpunkt ausgezeichnet. Er zeigte, dass der ganze Alkoholismus auf Täuschung beruht. Uebersetzen Sie seine Darlegung ins Psychologische, und wenn Sie ehrlich sind, müssen Sie zugeben, dass Sie sich durch den Alkoholismus selbst täuschen wollen. Nicht nur der physische, auch der moralische Katzenjammer lässt sich nicht wegdisputiren. Zugleich haben Sie den Beweis, dass die objective und subjective Methode zu demselben Resultate führen.

II. Diese psychologische Beurtheilung des Alkoholismus giebt uns auch den Schlüssel zur sociologischen Analyse. Wir haben gehört, der Alkoholismus habe sich erst in neuer Zeit entwickelt. Was bedeutet er also culturhistorisch betrachtet? Was ist das Wesen der Alkoholstimmung, des Alkoholismus als soziale Massenerscheinung, Massenstimmung?

Wie gesagt, habe ich „Fachleuten", speziell bedeutenden Künstlern und guten Psychologen die Frage gestellt, aus welchen Motiven sie eigentlich tränken. Sie haben mir, um es kurz zu sagen, die Lust am Rousseauschen Naturzustand als Hauptgrund und -motiv formulirt. Die Einen sagten: „In vino veritas"; „man ist aufrichtig", „ich werfe die civilisatorischen Formen von mir"; die Anderen sagten, „es ist gemüthlich und ich kann katzengrob werden, wenn ich trinke" u. s. f. Aus diesen Erklärungen entnehmen Sie, dass die Alkoholneigung faktisch mehr oder weniger Rousseauismus ist, das Streben nach einem Naturzustand.

Wenn ich dies „praktischen Romantismus" nenne, will ich nicht allen Romantismus verwerfen; aber ich mache darauf anfmerksam, dass viele Romantiker dieses Jahrhunderts sich gewünscht haben zu vegetiren, ein Pflanzen- oder Thierleben zu führen. Den Instinct, den Willen hat man gleichzeitig psychologisch in den Vordergrund gestellt. Vergleichen Sie damit selbst Tolstoi, der in dem russischen muzik sein Ideal der Einfachheit verkörpert findet, wie andere dieses Ideal in dem Wilden (Indianer u. s. f.) gefunden haben, das alles sind, ich will nicht sagen mit dem Alkoholismus identische Erscheinungen, aber es ist ersichtlich, dass es sich bei der Alkoholneigung um etwas Aehnliches handelt wie im Romantismus. Ich würde in diesem Zusammenhange auf Schopenhauers Wille- und Instinktpsychologie und auf Nitzsches bachantischen Enthusiasmus hinweisen. Ich wiederhole, ich identificire die Erscheinungen nicht, aber wenn Sie die Psychologie der massenhaften Alkoholneigung haben wollen, werden Sie die moderne Cultur auf den Zusammenhang der beiden Erscheinungen prüfen müssen.

Ich erinnere Sie darum auch daran, dass der Begründer des Positivismus, August Comte, auf den Fetischismus zurückgegangen ist und die Berechtigung des Aberglaubens für den civilisirten Menschen darzuthun suchte.

Ich könnte Ihnen eine Menge Vertheidiger des Aberglaubens in der modernen Zeit vorbringen, ich erwähne es aber nur kurz und zwar aus dem Grunde, um zu sagen, was, nach meiner Ueberzeugung, psychologisch die Alkoholneigung ist, nämlich: die künstliche Herbeiführung eines Zustandes des Aberglaubens.

Erlauben Sie mir, dass ich das noch kurz erläutere, so weit das in 5 Minuten geschehen kann.

Ich sage also, die Alkoholneigung ist die künstliche Herbeiführung des Zustandes des Aberglaubens.

1. Der moderne Mensch — nicht nur der Trinkende, aber dieser in höherem Grade — hat eine gewisse Furcht vor Klarheit, Präcision und Reinheit des Denkens. Das „nüchterne" Denken hat für die Gebildetsten noch immer irgend etwas an sich, was ihnen eben zu „nüchtern" ist, wie man immer sagt. Der moderne Mensch hat eine eigene Furcht vor dem Rationalismus, Intellectualismus. Nicht nur vor der Einseitigkeit des Rationalismus, vor dem starken Denken überhaupt. Der Alkoholismus, wie Kraepelin zeigt, beeinträchtigt das Denken, drückt es herab. Der Alkoholiker will eben diesen Zustand des nebelhaften — benebelten Denkens. Practischer Romantismus — habe ich gesagt. Ich möchte den Alkoholismus mit der bekannten Tibetanischen Gebettrommel vergleichen, er ist das mechanische Gebet, dass $2 \times 2 = 5$ sei.



Der Alkoholiker will ganz einfach nicht klar sehen, er hat das Bedürfniss, wenigstens ab und zu weniger klar zu denken. Der Alkoholismus ist daher auch culturell und politisch unfortschrittlich, conservativ, ja eigentlich radical reactionär. (Heiterkeit.)

2. Es kommt jedoch ein zweites in Betracht: Etwas Künstlerisches, Poesie, ja Idealismus — gewähre der Alkoholismus.

Ich habe lange darüber nachgedacht, weil mir oft bedeutende Künstler gesagt haben: „Ohne Wein geht's nicht"!

Ich habe darüber nachgedacht und daraufhin die grossen Künstler und ihre Biographien analysirt und ich glaube darüber folgendes sagen zu können:

Ich gebe zu, dass sehr grosse Künstler dem Weine huldigten. Ueber den Grad und die Art und Weise liesse sich da Vieles sprechen; doch glaube ich muss man, soweit es sich um die Kunst handelt, immerhin einen Unterschied machen zwischen Phantasie und Phantastik.

Ich habe bei Goethe das ausgezeichnete Wort „exacte Phantasie" gefunden: gewiss, der grosse, der starke Künstler hat exacte Phantasie, ist aber nicht phantastisch. —

Was der moderne Realismus mit seiner Wahrheit will, ist nicht immer klar formulirt worden, aber die Leute sind hier auf der richtigen Spur aus der Phantastik des Romantismus heraus.

Ich würde wünschen, ein enragirter Abstinent möchte eine Geschichte der Kunst, oder wenigstens der Literatur schreiben. Sowie vom Standpunkte des historischen Materialismus recht Vieles aus der Geschichte gestrichen wird, so würde hier aus der Kunst- und Literaturgeschichte sehr Vieles entfallen. Man würde nachdenken nicht nur über das Wesen der Romantik, sondern auch über den modernen Naturalismus und seine Beziehung zum — Weine! Was ist die literarische und künstlerische Bohème, was gewisse Arten des Symbolismus, auch der Moderne und schliesslich der Decadence und des Dilettantismus (das Wort im Sinne Renan's und Bourget's).

Im Alkohol sei Idealismus zu finden — — ein merkwürdiger Missbrauch des Wortes Idealismus. Ja, im Alkohol birgt sich für Arm und Reich der practische Utopismus — da und dort wird dasselbe Ziel durch andere, billigere oder theuerere Mittel erreicht.

Mir hat ein Bauer, den ich fragte, warum er im Gasthause sitze, gesagt: „Im Gasthause werden die Menschen alle gleich". (Lebh. Heiterkeit).

3. Wenn man von diesem „Idealismus" spricht, müsste man auf die Lust am Mythus und Mysticismus hinweisen.

Ich wäre bis Abend nicht fertig, wollte ich die modernsten Denker durchgehen, welche das Mythische und Mystische anpreisen. Da wäre wiederum Comte zu nennen, Renan und viele andere.

Ich sehe den Alkoholismus nicht als Ursache dieser Stimmung und Neigung an, aber man muss beide Erscheinungen symptomatisch neben einander halten.

4. Ich gehe nun auf das ein, was man die „Gemüthlichkeit" des Alkohols nennen hört.

Ich gestehe, dass ich auch ein Anhänger dieser „Gemüthlichkeit" war und mir gerade auch da die Argumente zurecht gelegt habe. Ist es „gemüthlich" beim Trinken? Und was ist das, diese Gemüthlichkeit?

Die Untersuchungen, von denen wir gehört haben, beweisen, dass von Gemüthlichkeit, sofern dieselbe auf eine Steigerung des Gefühlslebens zurückgeführt werden sollte, keine Rede sein kann, weil durch den Alkoholgenuss auch eine Herabsetzung des Gefühls stattfindet. Man findet im Alkohol nicht Gemüthlichkeit, sondern Sentimentalität. (Beifall). Das ist aber etwas anderes, als wahres und warmes Gefühl, Sentimentalität ist schwaches Gefühl, ist geradezu Egoismus, Sentimentalität ist nichts anderes als Egoismus. Die Untersuchungen über Alkoholismus und Verbrechen beweisen doch ganz evident, dass der Alkoholismus zur Gewaltsamkeit anspornt, — wo ist Raum für Gemüthlichkeit?

Der Untermensch meldet sich, wenn ich so sagen darf, in dieser Gemüthlichkeit. (Lebh. Beifall).

Ich müsste jetzt auf ein Thema eingehen, das Herr Prof. Forel behandelt hat, ich meine das sexuelle Gebiet.

Hier wären sehr ernste Dinge zu sagen, hier wäre ganz besonders — und ich glaube, es wird dazu die Zeit kommen — über die Liebe zu sprechen, was Liebe ist, und was Liebe sein soll. (Zustimmung). Nur soviel möchte ich diesmal sagen: der Alkoholismus tödtet die rechte Liebe.

5. Ich würde weiter sagen, dass im üblichen Alkoholgenusse das Geständniss liegt, dass der Trinkende einen Mangel an Individualität hat. Der Uebermensch wird künstlich für einen Augenblick erzeugt, es ist das eben die Selbstbelügung. Die Schwäche führt zum Alkoholismus: das zeigen alle hier gehörten Untersuchungen. Der Mensch will sich künstlich stark machen, das Phantom des Uebermenschen wird alkoholisch construirt.

III. Diese Schwäche nun lässt uns endlich die Frage aufwerfen: handelt es sich beim Massenalkoho-



lismus um eine Decadence, vielleicht um eine definitive Decadence?

Ich weise nochmals auf Herrn Prof. Forel hin. Er hat ein sehr gutes Wort gewählt, vielleicht als er es concipirt hat, sich dessen nicht bewusst, wie gut es war; er sagte: „der Alkohol droht uns mit der Decadence". In der That ist im Alkoholismus nicht die Decadence selbst zu sehen, sondern nur ein bedrohliches Moment.

Ueber die Decadence wird heute viel philosophirt. Es giebt eine Decadencephilosophie und -Literatur. Da giebt es nachzudenken, was der Alkohol mit dieser Decadence zu thun hat. Der schwache Mensch, der Schwächling fühlt sich schwach und belügt sich im Alkohol. Der übliche Alkoholgenuss ist die Sucht nach einem neuen Eldorado.

Es ist merkwürdig, dass zu gleicher Zeit der grösste Optimismus und Utopismus neben dem grössten Pessimismus besteht. Den Ausdruck des stärksten Pessimismus sehe ich nicht so sehr in der Philosophie (Schopenhauer und Nachfolger) als in der steigenden Selbstmordneigung. Alkoholistischer Optimismus, Utopismus — pessimistische Selbstmordneigung, Trunksucht — Tod! Das hat irgend einen Haken, und ich glaube auch, dass der Alkoholismus die Selbsttäuschung ist über die ganz offenbaren Mängel der modernen Civilisation. (Beifall).

Der moderne Mensch fühlt sich unruhig, er braucht, wie es der citirte Arzt von Ulm gesagt hat, irgend ein „Pharmakon" — der moderne Mensch will durch ein mechanisches Mittel zufrieden und glücklich werden. Sofern mag der Alkoholgenuss mit dem stark geübten Mediciniren in Verbindung gebracht werden.

Der moderne Mensch möchte gern mechanisch in einer kleinen Pille etwas schlucken, um für die Ewigkeit mopsvergnügt zu sein. Der moderne Mensch sucht viel zu sehr das Glück — schon darum fühlt er sich unglücklich.

IV. Ich bin als Skeptiker hierhergekommen. Ich selbst habe schon öfter Abstinenzanfälle gehabt, in letzter Zeit trinke ich fast ein Jahr lang nicht mehr, aus Gründen, die ich eben angeführt habe; ich war aber nicht schlüssig darüber, ob Mässigkeit oder Abstinenz das Richtige sei. Ich habe mich etwas genirt, Abstinenzler zu sein (Heiterkeit); ich habe aber hier die Argumente pro und contra gehört und sie haben auf mich einen entscheidenden Eindruck gemacht (Beifall), nicht als ob die Methode der Antialkoholiker schon ganz präcis wäre und ich alles acceptiren könnte, was man dem Alkoholismus in die Schuhe schiebt. Ich glaube, dass auch andere Ursachen mit in Betracht kommen, besonders das Nicotin, das lange Hocken in den Bierkneipen und Aehnliches. Man wird manches besser präcisiren müssen, um eventuellen Einwänden gegenüber gewappnet zu sein. Ich bin geneigt zu glauben, dass Argumente wie z. B. der Alkoholismus sei unnöthig, nicht ganz stichhaltig seien; es giebt viel anscheinend Unnöthiges im Culturleben und dennoch dient es irgend einem Zweck.

Doch will ich schon schliessen und zusammenfassen: Die wissenschaftlichen Argumente für die Taktik der Abstinenz — und ich bitte Sie, sich das ja recht zu vergegenwärtigen, dass es vor allem eine Frage der Taktik ist (Zustimmung) — sind stichhaltig und für mich durchschlagend. Ich will bei dieser Gelegenheit den Collegen der Wiener Universität den aufrichtigsten Dank aussprechen, dass sie hier in Wien vor der Oeffentlichkeit ihre Vorträge gehalten haben, — wir haben es in Oesterreich nöthig, etwas ernster zu denken (Lebhafter Beifall), — und ich freue mich darüber um so mehr, denn wer A sagt, muss auch B sagen. (Beifall). Ich muss auch loyalerweise als ein sehr erfreuliches Symptom hervorheben, dass die Journalistik nicht nur in Wien, sondern überall die Sache ernster nimmt und nicht in der Art der bekannten Witze referirt hat. Ich erwähne dies, weil Zweifel über diese oder jene Journale laut wurden.

Ich schliesse mit dem Bekenntniss, dass die Argumente für die Taktik der Abstinenz mir den vollgiltigen Beweis erbracht haben, dass ein alkoholfreies Leben eine höhere Lebensauffassung garantirt, damit eine freudigere und reinere Lebensstimmung und schliesslich eine schönere Lebensführung. (Lebhafter anhaltender Beifall).

Ergebnisse der dreidimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen bei Nerven- und Geisteskranken.

Vortrag bei der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Berlin am 23. April 1901.

Von Prof. *Sommer*-Giessen.

Bevor ich auf die besonderen Untersuchungen eingehe, welche mit den Methoden zur dreidimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen angestellt worden sind, will ich kurz angeben, in welcher Weise diese unterdessen weiterentwickelt worden sind. Zu den in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden beschriebenen Instrumenten, welche einerseits die Analyse von Ausdrucksbewegungen, andrerseits das Studium des cerebralen Einflusses auf Reflexe im Auge haben, sind hinzugetreten:

1) Ein Apparat um die Bewegungen der Stirnmuskulatur graphisch zu registrieren. Es handelt sich hierbei um einen Versuch analytischer Physiognomik, während bisher lediglich optische Methoden in diesem Gebiet angewendet worden sind. Die Stirnmuskulatur bot die einfachsten mechanischen Bedingungen, da es sich um Verziehungen nach rechts und links, oben und unten handelt, während die Tiefen-Dimension, welche wesentlich von der Stärke der Anlage abhängt, vernachlässigt werden konnte. Um den Einfluss der Innervation auf die Faltenbildung sichtbar zu machen, wählte ich eine Art Abdruckverfahren, indem ich über die Stirn eine mit berusstem Papier bespannte Rolle gleiten liess. Es zeigt sich an den Ihnen vorgelegten Abdrücken, dass die Faltenbildung in ganz charakteristischer Weise bei verschiedenen Innervationszuständen wechselt. Dies entspricht der klinischen Beobachtung, welche bei Katatonie, Paralyse, Chorea u. a. eine Menge von auffallenden Erscheinungen herausstellt. Diese lassen sich nun mit dem erwähnten Apparat abgesehen von seiner psychophysiologischen Verwendung zur Darstellung der Ausdrucksbewegungen bei Ekel, Zorn, Schrecken, Spannung, Staunen — zu differentialdiagnostischen Zwecken feststellen.

2) Apparate, um ausser der Abstufung des elektrischen Lichtes, auch Gas- und Petroleumlicht für die exacte Messung der Pupillenverhältnisse abzustufen. Diese stellen eine Vereinfachung des Principes für praktische Zwecke dar. (Sie werden in der demnächst erscheinenden II. Auflage der Diagnostik der Geisteskrankheiten genauer beschrieben werden).

3) Eine Vorrichtung um bei der Messung des Kniephänomens den Moment des Reizes und der reflektorischen Wirkung direkt auf das Chronoskop zu übertragen, so dass die Reflexzeit unmittelbar abgelesen werden kann. Zusammen mit dem früher Beschriebenen bilden diese Instrumente ein Werkzeug, um die motorischen Erscheinungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten zu analysieren.

Die dreidimensionale Analyse hat sich nun in neurologischer Richtung besonders in Bezug auf die verschiedenen Arten von Tremor bewährt. Aus der mir vorliegenden Kurvensammlung greife ich folgende Punkte heraus:

Bei Paralysis agitans zeigt sich neben den bekannten periodischen Erscheinungen der Ablauf der klonischen Zuckungen öfter durch plötzliche tonische Spannungen von ganz kurzer Dauer unterbrochen. Diese Art der Hemmung lässt sich weder willkürlich nachahmen, noch findet sie sich in dieser Weise bei irgend einer anderen Zitterkrankheit. Dabei zeigt die Vergleichung der drei Kurven, in denen sich die drei Dimensionen darstellen, den Wechsel in dem Gebiet der periodischen Zuckungen.

Bei larvierter Epilepsie treten spontan, oder besonders unter dem Einfluss von Alkoholdosen klonische Zustände auf, welche in manchen Fällen auf den richtigen diagnostischen Weg leiten können.

Bei Hysterie kommen oft Kurvenformen zu stande, welche in einer Dimension einen ganz bestimmten Typus innehalten und in dieser Weise nicht simuliert werden können, so dass in manchen Fällen aus der Form der Kurve ein Argument gegen Simulation hergeleitet werden kann.

Für die Diagnose von Rückenmarkskrankheiten ist besonders die Analyse der Beinbewegungen wichtig.

Die verschiedenen Arten des Fussklonus, Adduktorencontracturen, gekreuzte Reflexe, ataktische und klonische Zustände lassen sich damit registriren. Besonders wichtig ist die Analyse der kataleptischen und katatonischen Bewegungen. Wenn die Lehre von der Katatonie sich nicht in die Sackgasse einer Wortwissenschaft verlaufen soll, müssen die motorischen Erscheinungen in diesem Gebiet objectiv dargestellt werden.

Neben den Bewegungen in den drei Dimensionen müssen die zeitlichen Verhältnisse genau berücksichtigt werden. Bei dem Kniephänomen handelt es sich zunächst darum, die verschiedenen Arten der Steigerung zu differenzieren. In den Fällen, in welchen die Pyramiden-Seitenstrangbahn organisch geschädigt ist, erhält man auffallend constante und dabei relativ kurze Reflexzeiten, während bei Intaktheit der cere-

bralen Verbindung eine grössere Streuung der Werthe stattfindet. Das Gehirn ist gewissermaassen der Variationsapparat, während das Rückenmark an sich als automatisches Uhrwerk arbeitet.

Das Vorgetragene ist nur ein kleiner Ausschnitt aus den praktischen Problemen, welche sich bei der Anwendung dieser Untersuchungsmethoden auf bestimmte klinische Fragen ergeben. Es handelt sich um eine Differentialdiagnostik der Psycho-Neurologie auf Grund motorischer Symptome, wobei nur die engste Verbindung von Psychophysik und klinischer Beobachtung zum Ziele führt.

Schlusswort.

Die Bemerkungen der Herren Vorredner lassen sich unter zwei Gesichtspunkten zusammenfassen. Sie beziehen sich

1) auf die principielle Stellung dieser motorischen Studien im gesammten Rahmen der Neurologie und Psychiatrie.

2) auf die Form und Bedeutung von einzelnen Kurven.

Zu Nr. 1 gehören besonders die Bemerkungen der Herren Collegen Fürstner, Schüle und Wernicke. Ersterer glaubt vor einer übertriebenen und vorschnellen Verwerthung einzelner Untersuchungsresultate im Strafprocess warnen zu müssen. Diese Bemerkung trifft mich jedoch nicht im mindesten, da ich bei der Hereinziehung dieser Untersuchungsmethode in den bekannten Moerchinger Fall in keiner Weise betheiligt bin. Ohne vorher von irgend welcher Seite mit der Angelegenheit befasst worden zu sein, habe ich auf der Fahrt nach Berlin in der Zeitung gelesen, dass von den ärztlichen Sachverständigen, den Herrn Collegen Smith und Bleuler, die Beobachtung des Angeschuldigten in der Giessener Klinik beantragt worden sei. Ohne irgendwie zu dem besonderen Fall Stellung zu nehmen, kann ich mich daher unter Ablehnung der Fürstner'schen Voraussetzungen ganz allgemein auf die sachliche Frage beschränken, was die behandelte Methode klinisch zu leisten vermag. Sie kann bei larvierter Epilepsie das Auftreten von klonischen Zuständen, sei es, dass diese spontan oder unter dem Einfluss von Alkoholgaben zu stande kommen, in objektiv greifbarer Weise feststellen. Für mich selbst ist diese Feststellung mehrfach von Bedeutung gewesen, weil der Nachweis von solchen Zuständen in Verbindung mit leichten psychischen Symptomen der Diagnose eine bestimmte Richtung giebt und man gelegentlich erst durch diese Signale veranlasst, nochmals die Frage der Epilepsie prüft. Ich verweise auf die in dem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden abgedruckten Gutachten, welche meine Stellung zum Strafrecht deutlich kennzeichnen.

Dass ich mit diesen Untersuchungen, wie Herr College Schüle zu fürchten scheint, im Begriff sei, die Psychiatrie zu mechanisiren und die klinische Beobachtung bloss auf physikalische Apparate und Curven zu basiren, ist nicht zu fürchten. Bei den wesentlich psychologischen Motiven, aus welchen diese ganze Richtung hervorgegangen ist, würde ich selbst gegen eine solche Automatisirung Einspruch erheben. Ich bin durchaus mit Schüle einverstanden, dass nur die gesammte klinisch-psychologische Analyse die Grundlage unserer psychiatrischen Beurtheilung abgeben kann. Die etwas scharfe Wendung gegen die Wortwissenschaft in Bezug auf die Discussionen über Katatonie steht damit nicht in Widerspruch. In der That hatte ich den Eindruck, dass bei dieser Streitfrage viele Missverständnisse obwalten, die eben nur durch eine objective Darstellung der in Betracht kommenden motorischen Phaenomene geklärt werden können. Principiell jedoch handelt es sich bei diesen Untersuchungen nur um eine Ergänzung der schon bestehenden klinisch-psychologischen Methoden nach der motorischen Seite. Dass diese nothwendig ist und eine unerlässliche Verbesserung gegenüber der Beobachtung mit dem blossen Auge darstellt, muss ich im Hinblick auf die Bemerkungen des Herrn Collegen Wernicke sehr betonen. Es verhält sich hier genau wie im anatomischen Gebiet. Wenn man eine medulla oblongata durchschneidet, kann man schon mit blossem Auge viel sehen, nichtsdestoweniger enthüllt das Microscop eine grosse Menge von sonst unsichtbaren Dingen. Genau so steht es im physiologischen Gebiet: Vergrösserung und Verdeutlichung der feinsten Bewegungsvorgänge ist das Princip, welches ich mit diesen Constructionen verfolge. Im Uebrigen glaube ich für die Analyse von Lähmungsformen, welche Herrn Collegen Wernicke meines Wissens sehr interessirt, brauchbare Methoden geschaffen zu haben. Ich bin also in der angenehmen Lage, mich mit den Vorrednern nach Beseitigung von falschen Voraussetzungen und Missverständnissen in Bezug auf die Stellung dieser Untersuchungen im Rahmen der forensischen Psychiatrie, klinischen Psychologie und neurologischen Diagnostik im Grunde eins zu wissen.

Auf den zweiten Punkt, die Bedeutung einzelner Kurvenformen will ich nur kurz bemerken, dass Widersprüche gegen die von mir dargelegten Erscheinungen nicht vorgebracht worden sind, dass die gemachten

Bemerkungen vielmehr das Gesagte zu ergänzen oder von anderem Standpunkt zu beleuchten geeignet sind.

Ich schliesse daher mit dem Satz, dass die hier vorgetragenen Methoden und Untersuchungen eine Ausgestaltung der psychologisch-klinischen Analyse nach der motorischen Seite mit dem Zweck der Differential-Diagnostik bilden sollen.

Mittheilungen.

Psychiatrischer Brief aus Ungarn.

Der in Nr. 46 des II. Jahrg. dieser Wochenschrift mitgetheilte Aufsatz über „Die Unfallfürsorge für Geisteskranke in Anstalten" brachte mir zwei besondere Unfälle in Erinnerung, die sich vor einigen Jahren hier ereigneten. Der eine spielte sich in der Irrenabtheilung eines Krankenhauses ab und betraf einen Paralytiker, der durch die Nachlässigkeit der Wärter im Bade verbrüht wurde und nachher den Brandwunden erlag. Die beiden Wärter wurden wegen Fahrlässigkeit zu einer längeren Haft verurtheilt, der Wittwe aber wurde vom Staate eine jährliche Rente von 300 fl. zugesichert. Den zweiterwähnten Unfall erlitt ein Kranker in einer Staatsanstalt, wo er in der Backstube beschäftigt wurde und beim Manipuliren mit einer der dort befindlichen Maschinen zwei Finger der einen Hand verlor. Der Kranke wurde später geheilt entlassen und macht einen Anspruch auf Schadenersatz.

Ich führte diese Unfälle nur wegen der nachher gestellten Schadenersatzansprüche an, denn Unfälle anderer Art kamen natürlich auch ausser diesen noch vor. Aber es ist zu wundern, dass dieselben verhältnissmässig so selten und gering sind, denn die Ueberfüllung der Anstalten ist eine so bedeutende, dass man eher das Gegentheil gewärtigen müsste. Die Anstalt „Lipótmezö" z. B., die im Jahre 1868 für 500 Kranke errichtet wurde, beherbergt heute 1100 Kranke, ohne dass inzwischen ein Zubau stattgefunden hätte und die Zahl (von der Bezahlung soll hier nicht die Rede sein) der Aerzte gemehrt worden wäre; die letzteren kommen geduldig, wie es sich für Irrenärzte schickt, und so gut es geht, den Mehranforderungen nach. Räume für das Plus an Kranken konnten aber nur auf Kosten der hygienischen und therapeutischen Anforderungen gewonnen werden. Wenn auch nicht so arg, wie in der grössten Anstalt Ungarns, so sind doch die Verhältnisse auch bei den übrigen nicht viel besser, so dass der Direktor der Angyalfölder Anstalt zu dem radikalen Mittel griff, die Aufnahme bis auf Weiteres einzustellen.

Diese Uebelstände sind der Regierung natürlich nicht unbekannt und war dieselbe in den letzten Jahren vielfach bemüht, für die stetig anwachsende Zahl der unterzubringenden Geisteskranken Platz zu schaffen, aber die einzig richtige Art der Abhilfe, die Realisirung des Planes zur Errichtung einer neuen Irrenanstalt, verschob sich von Jahr zu Jahr. Nunmehr aber soll dieser Plan denn doch ins Stadium der Verwirklichung treten und in Kecskemét oder Szabadka eine grosse Anstalt (angeblich für 1000 Kranke) errichtet werden. Es ist eine leichte mathematische Aufgabe, zu berechnen, dass bald nachher die Nothwendigkeit weiterer Anstalten zu Tage treten wird.

Ebenso wie der Staat, hat auch die Hauptstadt ihr Irren-Elend. Die sogen. Beobachtungsabtheilung ist zum Theile in einem Zinshause, zum Theile in einem alten Spitalsgebäude untergebracht und die Verhältnisse daselbst sind nach der Schilderung, die wir in der vorjährigen Landesconferenz vernahmen, (S. p. 357 II. Jahrg.) geradezu haarsträubende. Nun soll auch hier Wandel geschafft werden. Dies zu erleben war aber dem Leiter der Abtheilung, Professor Laufenauer nicht mehr vergönnt, da derselbe, wie bereits gemeldet, am 27. April d. J. im Alter von kaum 53 Jahren plötzlich starb. Noch wenige Tage vor seinem Tode nahm er in Sachen seiner Abtheilung an einer Enquête theil, in welcher die Nothwendigkeit eines Neubaues einhellig betont wurde, während bezüglich der Details Prof. Laufenauer sich mit den Fachkollegen in Widerspruch befand. Sein Verdienst bleibt es immerhin, die Angelegenheit in Fluss gebracht zu haben.

Laufenauer begann, wie mit Ausnahme Salgó's alle der älteren Generation angehörigen ungarischen Irrenärzte, seine psychiatrische Thätigkeit in der Schwartzer'schen Privatanstalt, machte dann eine längere Studienreise, nach welcher er Sekundärarzt an der Irrenanstalt Lipótmezö wurde und sich auch als Privatdozent habilitirte; er erwirkte hierauf an der Budapester Universität die Systemisirung einer Lehrkanzel für Psychiatrie, auf welcher er zunächst als a. o. und vom Jahre 1892 an als o. ö. Prof. fungirte. Als solcher verstand er es, eine Reihe tüchtiger Schüler heranzubilden, von welchen Einige bereits einen rühmlichst bekannten Namen haben: Moravcsik, Schaffer, Sarbó, Pándy, Rauschburg u. A. sind aus seiner Schule hervorgegangen.

Er war ein Mann von bedeutenden Fähigkeiten, die er aber nicht voll ausnützte. — Seine dem Gebiete der klinischen Psychiatrie und der Nervenhistologie zugehörigen Arbeiten, sowie die bezüglich der Erscheinungen der Hypnose gemeinsam mit Högges ausgeführten Untersuchungen geben Zeugniss von dem eminenten Scharfblicke und dem reichen Können des Verblichenen. — Bis zur Besetzung seiner Stelle wurde mit der interimistischen Leitung der Klinik und der Abhaltung von Vorträgen der a. o. Prof Dr. E. E. Moravcsik betraut. Epstein-Budapest.

— Die Frankf. Ztg. schreibt: In der „Frankfurter Zeitung" ist schon öfter die Frage behandelt worden, welche Schutzmaassregeln zu ergreifen sind gegen die unnöthige oder gar widerrechtliche Einsperrung von angeb-



lich Geisteskranken in Irrenanstalten. Dass die zahlreichen Mahnungen der Presse und der Gerichtsverhandlungen die Regierungen zur Vorsicht und Aufsicht veranlasst haben, war erfreulich. Dass man sich aber solche Mahnungen auch über Gebühr zu Herzen nehmen kann, zeigt ein Fall, der uns aus der badischen Pfalz gemeldet wird: Von einem der ersten Universitäts-irrenärzte Deutschlands wurde ein Patient aus Ostpreussen in eine bei Heidelberg gelegene Privatanstalt gesandt mit der Erklärung, dass die Aufnahme des Patienten in eine geschlossene Anstalt für Geisteskranke erforderlich sei. Die Zeugnisse zweier Hausärzte, die sich in demselben Sinne aussprachen, waren ausserdem zur Stelle. Der leitende Arzt der Anstalt gab nach mehrfacher Beobachtung ein bestätigendes Gutachten ab. Der staatliche Arzt, der die Aufnahme in die Anstalt zu genehmigen hat, verweigerte diese Genehmigung, ohne den Patienten gesehen zu haben mit der Begründung, dass dieser nicht geisteskrank sei. Der erwähnte Specialist hatte den Patienten drei Monate behandelt; dennoch erkannte der staatliche Arzt die Diagnose des Psychiaters nicht an. Drei Tage lang musste der Patient in einem Gasthause unter den schwierigsten Verhältnissen untergebracht werden, denn die badische Regierung verbietet die Aufnahme eines Patienten in die Anstalt auch nur auf Stunden, wenn nicht der staatliche Arzt und das Bezirksamt sie gutgeheissen haben. Der erregte Patient konnte schliesslich in dem Gasthause nicht mehr gehalten werden, der staatliche Arzt erschien auch nicht zur Untersuchung und der Begleiter des Patienten war genöthigt, ihn nach dem fruchtlosen dreitägigen Aufenthalt weiter zu transportiren, ohne zu wissen wohin, denn seine Empfehlung lautete nur auf die eine Anstalt. So weit wollte man doch nicht gehen, als man die Aufsichtsbehörden anrief! Es giebt auch eine Grenze der Vorsicht; wird sie überschritten, so ist nicht mehr der angebliche Kranke geschützt, sondern der wirkliche Kranke geschädigt. Was wird wohl der empfehlende Psychiater von der überlegenen Autorität eines badischen Staatsarztes und den Instructionen denken, die dieser von seiner Regierung empfangen hat?*)

*) Zu obigem Artikel schreibt uns Herr Dr. Fischer, Neckargemünd bei Heidelberg, dass er bezw. die Direction des Kurhauses für Nerven- und Gemüthskranke demselben fern stände, aber dieselbe nicht leugnen könne, dass der Artikel im Wesentlichen richtig sei.

Referate.

— Heinrich Heines Krankheit und Leidensgeschichte. Eine kritische Studie von Dr. med. S. Rahmer. Berlin, Georg Reimer. Preis 1,20 Mk.

Die bis jetzt allgemein gültige Anschauung, dass Heine an Tabes gelitten habe, weist R. mit guten Gründen zurück. Ebenso die Auffassung Ludwig Mauthner's (Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde), der theoretisch einen Krankheitsprocess construirte, für den nach Mauthner „eine ganz vergleichbare Krankengeschichte in der Litteratur zum zweiten Male nicht publicirt sei." Nach R. war der junge Heine ein sogen. „Neurastheniker" (wie nun allmählich alle Dichter, über die psychiatrisch-neurologisch gearbeitet wurde; vom gewöhnlichen „Neurastheniker" trennt sie nur das bischen Genie, also eine ganze Welt. Ref.). Von seinem 33. Lebensjahre an litt der Dichter, der 56 Jahre alt wurde, an spinaler progressiver Muskelatrophie; der Krankheitsprocess ergriff schliesslich auch das verlängerte Mark und verursachte die Erscheinungen der Bulbärparalyse. Für Lues liegt kein Anhaltspunkt vor, noch weniger kommt eine psychische Störung in Betracht. R. stützt sich stets auf die besten Quellen, und seine Ausführungen wirken überzeugend. Das Lebensbild des Dichters, der sein Martyrium so hellen Geistes ertrug, wird durch R.'s Darstellung nur noch glänzender. Die Arbeit, die sich an das ganze gebildete Publikum wendet, ist sehr lesenswerth. Eduard Hess.

Bibliographie.

A. Hirschl, Alkohol und Geistesstörung. Wiener klin. Wochenschrift 1901, No. 15.

A. Pick, Senile Hirnatrophie als Grundlage von Heerderscheinungen. Mit Abbildungen. Ibidem No. 15.

A. Tilkowsky, Forel's Angriffe auf die niederösterreichischen Landesirrrenanstalten im Lichte der Thatsachen.

L. Haskovec, Ueber die Wirkung des Alkohols auf das Herz und den Blutkreislauf. Wiener med. Wochenschr. 1901. No. 14,

J. Donath, Ophthalmoplegia interna als Frühsymptom der progressiven Paralyse, nebst Bemerkungen zur Frühdiagnose der Tabes und Paralyse. Ibid. No. 15.

A. Forel, Alkohol und venerische Krankheiten. Ibid. No. 16/17.

G. Weil, Das Stottern und andere Sprachgebrechen. Ibidem No. 17.

Annali di Neuroglia 1901. No. 2, enthalten:

G. Seppilli, L'alcoolismo come causa della paralisi generale.

Ezio Benvennti. Sulla patologia del Ponte di Varolio.

F. Capobianco, La Ergografia del Gastrocnemio nell'uomo.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Zum Director der Kreisirrenanstalt Gabersee wurde der Oberarzt dieser Anstalt, Dr. Otto Dees, ernannt.

— Stephansfeld. Als Assistenzarzt eingetreten Dr. Zengerly aus Düsseldorf.

— Dr. Enck ist von Bendorf verzogen und als Anstaltsarzt des St. Josephshauses in Hausen bei Waldbreitbach angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beilage zur „Psychiatrischen Wochenschrift", III. Jahrg., No. 9.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Einladung.

Die

XXVI. Wander-Versammlung

der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte

wird am 8. und 9. Juni in Baden-Baden im Blumensaale des Conversationshauses abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Samstag, den 8. Juni, Vormittags von 11 bis 1 Uhr statt. Etwaige Demonstrationen von Kranken sollen in dieser Sitzung stattfinden.

In der zweiten Sitzung am gleichen Tage nachmittags von 2—5$^1/_2$ Uhr wird das Referat erstatten: Herr Prof. Hoffmann-Heidelberg: Ueber disseminirte Sclerose.

Daran sollen sich anschliessen die dazu gehörigen Vorträge sowie die zur Discussion zu machenden Bemerkungen.

Die dritte Sitzung findet Sonntag, den 9. Juni, Vormittags von 9—12 Uhr statt mit Einschaltung oder Anschluss von Demonstrationen mikroscopischer oder sonstiger Präparate.

Auf die zweite Sitzung folgt nachmittags 6 Uhr ein gemeinsames Essen im Restaurant des Conversationshauses.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren, welche an dem gemeinsamen Essen theilzunehmen beabsichtigen, um eine betreffende baldgefällige Mittheilung.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Prof. Dr. Hoche (Strassburg): Ueber die, nach electrischen Entladungen auftretenden, Neurosen.
2. Prof. Dr. v. Strümpell (Erlangen): Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse.
3. Dr. Friedmann (Mannheim): Ueber Myelitis nach Influenza und über leichtere Formen der spastischen Spinalparalyse.
4. Prof. Dr. Fürstner (Strassburg i. E.): Ueber eine eigenthümliche Veränderung des Augenhintergrundes.
5. Dr. von Oordt (St. Blasien): Ueber intermittirendes Hinken.
6. Prof. Dr. Dinkler (Aachen): Zur Casuistik der multiplen Sclerose.
7. Prof. Dr. Rumpf (Bonn): Ueber die chemische Veränderung des Muskels bei der Entartungsreaction.
8. Dr. L. Laquer (Frankfurt a. M.): Ueber Myasthenie.
9. Geh. Med. Rath. Prof. Dr. Weigert (Frankfurt a. M.): Anatomischer Beitrag zur Myasthenie.
10. Privatdocent Dr. Bethe (Strassburg i. E.): Ueber die Regeneration peripherischer Nerven.
11. Dr. Weil (Stuttgart): Tumor des rechten Temporal- und Parietallappens.
12. Dr. Achert (Bad-Nauheim): Erschütterung und Vibration im Dienste der Therapie (mit Demonstration).
13. Dr. Rosenfeld (Strassburg i. E.): Gliose und Epilepsie.
14. Dr. Neumann (Karlsruhe): Zur Aetiologie der Chorea minor.
15. Privatdozent Dr. Weygandt (Würzburg): Beitrag zur Diagnose der Neurasthenie.
16. Dr. Kohnstamm (Königstein): Zur Anatomie und Physiologie der Vaguskerne.
17. Dr. Laudenheimer (Alsbach): Ueber den Chlor- und Brom-Salz-Stoffwechsel der Epileptiker.
18. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Bäumler (Freiburg i. B.): Hysterie und multiple Sclerose (mit Krankenvorstellung).
19. Dr. Paul Rauschburg (Budapest): Demonstration eines eigenen Apparates zur Untersuchung der Auffassung, Association und des Gedächtnisses.
20. Geh. Rath Prof. Dr. Baelz (Tokio): Klima, Erkältung und Rheumatismus und ihr Verhältniss zum Nervensystem.
21. Prof. Dr. Grützner (Tübingen): Mechanische Reizung von Nerv und Muskel am lebenden Menschen.

Um gefällige Verbreitung dieser Einladung und um Anmeldung weiterer Vorträge wird gebeten.

Eine Zeitdauer für die einzelnen Vorträge ist in den Statuten nicht festgesetzt. Doch erscheint es auf Grund der bisherigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf den Zweck der Versammlung gerechtfertigt, wenn wir an die Herren Vortragenden die Bitte richten die Dauer des Vortrages über ein Thema, soweit thunlich, auf 15, höchstens 20 Minuten, bemessen zu wollen.

Die Geschäftsführer:

Prof. Dr. Tuczek, Marburg i. H. Dr. Fr. Fischer, Pforzheim.

Mai 1901.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 10. 1. Juni **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ein zweiter Beitrag zur gekreuzten Deviation der Augen und des Kopfes.

Von *J. Bresler.*

Im Jahre 1895*) beschrieb ich eine „gekreuzte Deviation" der Augen und des Kopfes, welche ich im Verlauf von paralytischen Anfällen beobachtet hatte. Wie der Name sagt, wenden sich bei diesem, im Gegensatz zur conjugirten Deviation stehenden Phänomen die Augen nicht nach der gleichen Richtung wie der Kopf, sondern nach der entgegengesetzten. Soweit bekannt, ist inzwischen von anderer Seite eine ähnliche Beobachtung nicht gemacht, sodass die nachfolgende sich der obigen als zweite anreihen dürfte. Es handelt sich auch diesmal um eine paralytische Kranke. Da es hier nur auf die Beschreibung eines Symptomes ankommt, für welches der Verlauf der Krankheit irrelevant ist, so kann ich mich bezüglich des letzteren kurz fassen. Die Paralyse der ca. 33 Jahre alten Frau hat vor etwa 4 Jahren begonnen mit der einfachen dementen Form („Kopfschwäche" Vergesslichkeit, unbeholfener, schwerfälliger Gang, langsame Sprache). Frühzeitig traten Krampfanfälle auf und zwar in gehäufter Zahl, sodass Pat. lange nicht zu Verstande kam; dann wieder monatelange freie Intervalle. Diese serienweise sich einstellenden Anfälle wurden auch in der Anstalt, wohin die Kranke in geistig bereits sehr reducirtem Zustande gelangte, beobachtet: linksseitige Zuckungen, Bewegung des Kopfes und der Augen nach links.

*) Neurolog. Centralblatt Nr. 23. 1895.

Im Laufe des September v. J. traten nun wieder paralytische Krampfanfälle auf, die an Häufigkeit allmählich zunahmen und mehrere Tage hindurch bis auf über 200 täglich stiegen. Bei diesen Anfällen muss ich zunächst eines Phänomens Erwähnung thun, das mit der gekreuzten Deviation freilich nur in losem Zusammenhange steht, aus welchem diese sich aber entwickelte.

Die einzelnen Anfälle verliefen nämlich in der ersten Zeit folgendermassen: die Augen wurden in tonischem Zuge langsam nach links gedreht, dann ebenso nach rechts, wobei der Kopf ebenfalls nach rechts geht und der Mund sich öffnet; hierauf erfolgt die Hauptscene des Anfalls, ein Nystagmus oder vielmehr nystagmusartiges Zucken der Augen nach links, Strecken der linken, Beugen der rechten Extremitäten und Facialiszuckungen links bei geschlossenem Munde; der Kopf folgt etwas später nach links und zwar tonisch. Es tritt nun eine Pause von ca. 4 Minuten ein (der Anfall nahm ca. 2 Minuten in Anspruch und war mit ganz geringer Con-



gestion des Kopfes und leichter Beschleunigung der Athmung und des Pulses verknüpft). Während der Pause erfolgte nun, was sehr merkwürdig, bei leicht rechts seitlich gewandtem, ruhig stehendem Kopfe ein beständiger Nystagmus nach rechts.

In dieser Weise dauerten die Anfälle bis zum 10. October; sie nahmen zwar an Häufigkeit und Heftigkeit allmählich ab, doch vermochte man den eben gegebenen Grundriss des Verlaufs bei ihnen noch immer wiederzuerkennen.

Am 10. Oktober war ich überrascht, den Ablauf des einzelnen Anfalls wesentlich anders gestaltet zu sehen; er bestand nur noch in einer langsamen tonischen Verdrehung des Kopfes nach rechts und Stillstehen desselben in dieser Stellung circa 1 Minute; während dieser 1 Minute finden starke horizontale Zuckungen der Augen nach links statt. In den Pausen, die jetzt nachdem die Anfälle seltener geworden, länger dauern, beobachtet man nicht mehr den Nystagmus nach rechts, derselbe kommt nur noch unmittelbar nach dem einzelnen Anfalle schwach zum Vorschein. Diese zuletzt geschilderte Verlaufsart des Anfalls geht so still vor sich, dass man diesen gar nicht bemerkt, wenn man nicht gerade die Augen auf die Patienten gerichtet hat; er ist nur von leichten klonischen Zuckungen im linken Ulnarisgebiet begleitet.

Während also anfangs eine conjugirte Deviation der Augen und des Kopfes statthatte, ist an deren Stelle ohne irgend welchen vermittelnden Uebergang — ich glaube nicht, dass er sich nur der Beobachtung entzogen haben sollte — eine gekreuzte getreten.

Beider Erscheinungen Grund ist noch in Dunkel gehüllt, sowohl derjenige des Nystagmus nach der anderseitigen Richtung, wie er in den Pausen der Anfälle beobachtet, als auch die gekreuzte Abweichung der Augen und des Kopfes. Nach bekannten Analogien ist man geneigt, wenigstens für letztere einen Herd anzunehmen; für die conjugirte Deviation soll er ja im Gyrus angularis liegen; mag dies wirklich der Fall sein — für die gekreuzte lässt sich nur vermuthen, dass der für jene erforderliche Reflexapparat nicht mehr funktionirt. Wenn wir nach rechts sehen, so wendet sich ohne dass es unserer Willensäusserung oder der Vorstellung einer Bewegung des Kopfes bedarf, der letztere ebenfalls nach rechts, also reflexmässig; hingegen bedarf es einer besonderen willkürlichen Dirigirung des Kopfes, wenn wir nach rechts blicken und ihn nach links wenden oder umgekehrt, wenn wir ihn nach rechts wenden und nach links blicken. Wir werden hier also kein Reflexcentrum, keinen „Herd" annehmen dürfen. Und das erhöht die Schwierigkeit der Deutung. Wollen wir uns auf Hypothesen einlassen, so können wir sagen, dass bei der gekreuzten Deviation das normale Reflexcentrum (der conjugirten Deviation) momentan ausgeschaltet ist und von dem Reiz des Centrums für die Seitwärtsbewegungen der Augen auf der einen Hemisphäre, das Centrum für die Kopfbewegungen auf der anderen Hemisphäre mit getroffen wird.

Für den entgegengesetzt gerichteten Nystagmus in der Pause zwischen den Anfällen fehlt es mir offengestanden an jeder Erklärung. Vielleicht bringt später die Obduktion etwas Licht in diese Frage. Jedenfalls handelt es sich hier nicht um einen mehr oder weniger willkürlichen Versuch, die Augen nach der rechten Seite zurückzubringen, wie dies unter zitternden Bewegungen der Bulbi bei der conjugirten Deviation nach Apoplexie zuweilen geschieht; denn 1. liegt hier keine durch Lähmung erfolgte Deviation vor, und 2. nimmt dieser entgegengesetzte Nystagmus einen sich von einem zum anderen Anfall erstreckenden Zeitraum ein, der grösser ist als der des Anfalls selbst, ja er tritt auch ohne unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit diesem in Erscheinung.

Bei einer Erklärung müsste man gleichwohl von der klinischen Thatsache ausgehen, dass der in entgegengesetzter Richtung sich bewegende Nystagmus der Pausen das secundäre Symptom darstellt; er bildet kein Symptom eines Anfalls, ist nicht von Puls- und Athembeschleunigung begleitet, der Kopf wird dabei ruhig gehalten, die Kranke ist dabei in ihrem geistigen Dauer-, nicht Ausnahmezustand, sie trinkt dabei usw. Es ist andererseits kein blosses Oscilliren der Augen sondern ein deutliches klonisches Zucken. Man könnte annehmen, dass bei dem Anfall sich das Centrum für die Augenbewegungen nach links so erschöpft hat dass dem entgegengesetzten Centrum der Antagonis fehlt, der ihm das Gleichgewicht hält, wobei allerdings noch zu beweisen bleibt, warum nicht einfach die Augäpfel nach rechts gestellt werden, anstatt klonische Bewegungen zu machen. Verständlich wird diese Erscheinung, wenn man sie an die Bewegungsstörungen bei durch Hemiplegie theilweise gelähmten oder geschwächten Gliedern anreiht, Störungen, die bekanntlich nicht bloss als Chorea und Athetose, sondern auch als zitternde Bewegungen wie bei Paralysis agitans auftreten. Ueberträgt man diesen Vorgang auf den Augenmuskelapparat mit seiner im Raum präcis angeordneten und eingetheilten Muskelgruppierung, derzufolge auch bei Zitterbewegungen des Auges noch die Richtung des Zuges der einzelnen Muskeln ihre Integrität bewahrt, denkt man an den feinen Reflexapparat, der im Bereich der Augen-



nervencentren arbeitet, so kann man sich allenfalls vorstellen, dass schon eine vorübergehende Schwäche oder Ermüdung des einen Centrums (hier desjenigen der Augenbewegungen nach links) eine convulsivische Thätigkeit des anderen (desjenigen der Augenbewegungen nach rechts) nach sich zieht.

Wenn ich mich auch aller Betrachtungen über den Sitz der Läsion enthalte (ich möchte ihn jedenfalls in die Rinde verlegen), so ergiebt sich doch aus den obigen Betrachtungen bereits, dass der Herd, trotz der Doppelseitigkeit der Erscheinungen von Seiten der Augenmuskeln, ein einseitiger sein wird.

Der Erwähnung werth scheint nun noch die ausserordentliche Häufigkeit der Anfälle, die aus der folgenden Liste ersichtlich wird.

September (Tag und Nacht):

7. 2	19. 94
8. 3	20. 109
9. ?	21. 160
10. 13	22. 214
11. 25	23. 258
12. 15	24. 248
13. 27	25. 213
14. 30	26. 269
15. 79	27. 234
16. 69	28. 232
17. 46*)	29. 237
18. 70	30. 172

Oktober:

1. 166	14. 34
2. 140	15. 28
3. 99	16. 12
4. 65**)	17. 14
5. 93	18. 9
6. 72	19. 11
7. 25	20. 6
8. 18	21. 2
9. 20	22. 3
10. 21	23. 0
11. 23	24. 3
12. 24	25.—26.0
13. 14	27. 1

vom 28. ab frei von Anfällen.

*) Excl. nächtliche, die nicht notirt wurden.

**) Von hier ab wurden nur die tags stattgehabten Anfälle notirt.

Nachtrag bei der Correctur: Die Kranke ist am 5. März d. J. in Folge Marasmus gestorben, nachdem sie in der Zeit seit Anfang November nur noch vereinzelte sehr leichte paralytische Anfälle gehabt hatte. Auch der nachstehende Sectionsbefund giebt keine anatomische Erklärung für die gekreuzte Deviation, speciell nicht die herdförmige Veränderung an der Pia, die mit der Rinde nicht im Zusammenhang stand. Befund: Schädeldach symmetrisch, etwas klein, $16^1/_4$ (14): $13^1/_4$ cm. Von der Kranznaht ab nach vorn auffallend verdickt und zwar in allen drei Schichten, hauptsächlich aber in der Diploë. Die Innenfläche des Knochens zeigt hier leichte Streifung ähnlich den Faserzügen der Dura, die hier mit dem Schädeldach verwachsen ist. Dicke des Schädeldachs am Stirnbein in der Mittellinie 1,4 cm, an der gegenüberliegenden Stelle des Hinterhauptes $^1/_2$ cm. Die Innenfläche der Dura mit einer spinnengewebeartigen, von feinsten Gefässen durchzogenen Membran bedeckt; namentlich an der Basis. Im Subduralraum ziemlich viel seröse Flüssigkeit. Pia an einer linsengrossen Stelle im Bereich des linken Occipitalhirns, sehnig verdickt, im Ganzen sulzig verändert, meist flächenhaft mit der obersten Schicht der Rinde verwachsen, die Arachnoidealräume sind, ohne dass die Furchen klaffen, sackförmig erweitert und enthalten viel seröse Flüssigkeit, die offenbar durch die Verwachsungen der Pia eingeschlossen ist. Die Furchen klaffen eben in Folge dessen nicht. In den ebenfalls sehr erweiterten Ventrikeln, sehr viele seröse Flüssigkeit. Ependym glatt. Rechtes Corpus striatum abgeflacht; Pia darüber gefaltet. Substanz des Gehirns ziemlich blutreich, mässig fest. Nirgends irgend welche Herdveränderungen. Gewicht des Gehirns 847 g.

5 Jahre ohne Zelle.

Im Anschluss an die früheren Arbeiten von Wattenberg*) und die von Kalmus**) sei im Nachfolgenden die Praxis der zellenlosen Behandlung, wie ich sie seit dem 26. Januar 1896, also seit über 5 Jahren auf der Frauenabtheilung der hiesigen Prov.-Heil- und Pflegeanstalt handhabe, mit wenigen Worten geschildert. Zweck dieser Methode ist einmal die ausnahmslos ununterbrochene Beaufsichtigung und Pflege des Kranken, alsdann die Vermeidung des ungünstigen Eindrucks, den das Sichselbstüberlassensein

*) Sollen wir isoliren? Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 52. — Derselbe: im Jahrgang II dieser Wochenschrift, S. 119.

**) Die Praxis der zellenlosen Behandlung. Jahrgang II dieser Wochenschrift, S. 469.

in den vier Wänden der Zelle auf die Psyche des Kranken ausübt, und der nicht weniger ungünstig ist, wenn eine Pflegeperson in die den Kranken beherbergende Zelle sich mit einschliesst. Unter Zellenbehandlung bezw. Isoliren verstehe ich das Einschliessen eines Kranken in einen Raum, derart, dass er sich von seiner Umgebung und der Mitwelt vollständig getrennt sieht und nicht unter beständiger Aufsicht steht. Die Behandlung in Einzelzimmern (mit Thüren, die sich wie die gewöhnlichen mittelst Klinke öffnen lassen), ist eine ideale Forderung bei der Verpflegung von Kranken, nicht bloss von körperlich Kranken, sie entspricht den natürlichen Verhältnissen der Privatwohnung und -Pflege und denjenigen einer besseren Privatanstalt; sie lässt sich aber in öffentlichen Krankenhäusern mit Massenverpflegung nur zum Theil durchführen; man ist hier in der Hauptsache auf Saalverpflegung angewiesen. Die letztere reichte nun während der fünf Jahre auf genannter Abtheilung aus, um das Isoliren zu erübrigen, und musste ausreichen, weil Einzelzimmer nicht in der Nähe der Wachabtheilung vorhanden sind. Der Saal, in welchem die Kranken, von denen sonst eine oder die andere isolirt wurden, befand sich zunächst in einem Parterre-Raum mit unvergitterten Fenstern von Holzrahmen und gewöhnlichem Glas; in diesem Raume standen 11 Krankenbetten und ein Pflegerinbett für die eine der beiden nachtwachhabenden Pflegerinnen. Am Tage hielten sich bei den 11 Kranken 3 Pflegerinnen auf, deren Zahl nach Bedarf auf 4 erhöht wurde; in der Nacht befanden sich 2 Pflegerinnen darinnen; eine wachte vor, die andere nach Mitternacht; die dritte schlief in einem gegenübergelegenen Raum, von dem sie wie auch eine vierte mittelst electrischer Klingel in Notfällen im Moment zu erreichen war. Später änderten sich die Verhältnisse aus äusseren Gründen nur unwesentlich dahin, dass diese Abtheilung in einen Hochparterre-Raum übersiedelte, der aus zwei zusammenhängenden Zimmern mit 9 und 7 Krankenbetten besteht; in dem Zimmer mit 9 Betten ist der untere Theil der Fenster mit starkem Glas versehen. Es bleiben diese Fenster (auch der untere Theil) nicht beständig geschlossen (etwa wie in einer Zelle), sondern werden häufig stundenlang geöffnet; zur Vermeidung des Hinausspringens von Kranken ist eine Pflegerin an das Fenster postirt, die dasselbe in bedenklichen Momenten zu schliessen hat. In diesem Zimmer liegen die ganz Unruhigen zu Bett und befindet sich nachts die Wache; im anderen schläft eine dritte Pflegerin; die Verbindungsthür wird nachts je nach Anordnung d. h. nach den besonderen Verhältnissen der Kranken offen oder geschlossen gehalten. Eine vierte und fünfte Pflegerin sind ganz leicht zu erreichen. Tags werden diese 16 Kranken von 4 Pflegerinnen beaufsichtigt.

Was das Krankenmaterial der Frauenabtheilung*) anlangt, so ist zu bemerken, dass die Anstalt keineswegs nur ruhige Kranke und abgelaufene Fälle aufnimmt, dass andererseits durch die beständige Abgabe von Ruhigen und Harmlosen an Krankenhäuser und Stifte allmählich die ruhigen Elemente ziemlich durchgesiebt sind und unter den Zurückgebliebenen und -bleibenden die Unruhigen einen grossen Prozentsatz ausmachen. In dem Wachsaal mit 9 Betten liegen gegenwärtig: 2 Paranoische, die häufig plötzlich erregt werden und dann unvermuthet und rücksichtslos dreinschlagen, zwei Periodisch-manikalische, eine Circuläre in der manischen Verfassung, eine Chronisch-maniakalische, eine Epileptische mit chronischer Zornmüthigkeit und Wuthanfällen, eine erregte Hystero-epileptische, eine Paralytische mit motorischer Unruhe. Das ist der augenblickliche Zustand; vollbelegt ist dieser Saal stets, da von dem übrigen Krankenbestande sich immer von neuem intercurrent oder periodisch Erregte als Zugänge recrutiren und ab und zu eine unruhige Kranke zur Aufnahme gelangt.

Diese Zahl 9 ist also nicht diejenige, aus welcher die zu Isolirenden überhaupt hervorgehen, sondern es sind selbstverständlich thatsächlich viel mehr Unruhige. In dem jeweiligen Bestande von 9 jedoch finden sich fast immer 1 oder 2, deren Isolirung in Betracht gezogen werden könnte. Auch in den früheren Jahren (seit 1896) war die Bevölkerung dieser Abtheilung der Krankheitsform nach wie oben geschildert; am meisten Schwierigkeiten machten Hystero-epileptische, Manische und Paralytische in ihren tobsüchtigen Zuständen. Dass das Nicht-Isoliren bei all' diesen Kranken nicht selbstverständlich gewesen ist, ergiebt sich daraus, dass eine Reihe derselben (Manische und Hystero-epileptische) früher bezw. in ihren früheren Erregungsperioden isolirt worden waren; besonders sei von einer Hystero-epileptischen erwähnt, dass sie nach dem Aufnahme-Attest in ihren früheren Zuständen als Crux der Anstalt, der Aerzte wie des Personals bezeichnet wurde, und eine andere Kranke (vor der Aufnahme Kindesmord und mehrfache schwere Körperverletzung), die in die Anstalt ein Taschenmesser und ein Knäuel Stricke, ersteres im Mastdarm, letztere in der Vagina verborgen, mitbrachte.

Eine gegenseitige Störung der Insassen dieses

*) Durchschnittlicher Tagesbestand der Frauen (erwachsenen) seit 3 Jahren etwa 240; Aufnahmen solcher in den letzten 3 Jahren durchschnittlich ca. 100.



Wachsaals kam nicht in Betracht, da eben nur solche Kranke hineingelegt wurden, auf die das gelegentliche Lärmen einer Anderen ohne Einfluss war; diejenigen, bei denen dies nicht zutrifft, liegen in dem anstossenden oder in den beiden benachbarten, durch einen Corridor von dem Wachsaal getrennten Sälen.

Zur Beruhigung wurden da, wo sie wirklich beruhigend wirken, feuchte Einpackungen benützt, chemische Beruhigungs- und Schlafmittel nur in mässiger Menge.

Unglücksfälle, selbst leichtere, kamen nicht vor, weder bei den Kranken, noch beim Personal; die Anforderungen, welche an das letztere unter solchen Verhältnissen gestellt werden, sind natürlich grössere als wenn man die tobsüchtigen Kranken isolirt hält, lassen sich aber bei häufigem Wechsel des im Wachsaal dienstthuenden Personals durchaus erträglich und angemessen gestalten. Dem nach dem Januar 1896 eingetretenen Personal ist die Isolirung nur vom Hörensagen bekannt, ebenso den Kranken.

Zum Schluss möchte ich noch kurz bemerken, dass auch auf der hiesigen Männerabtheilung oft viele Monate vergehen, innerhalb deren kein Kranker isolirt wird, und dass die Anwendung der Isolirung hier sich bereits an der Grenze des völligen Verzichts bewegt; bei zwei bis drei Fällen von schweren epileptischen Erregungszuständen liess sich der Isolirung ein Nutzen für die betreffenden Kranken nicht absprechen.

Herrn Direktor Dr. Buttenberg, der obigen Bestrebungen stets vollste Sympathie entgegenbrachte, spreche ich an dieser Stelle hierfür meinen besten Dank aus. Joh. Bresler (Freiburg i. Schl.).

Bemerkungen zu Dr. G. Kolb's Project einer Wachabtheilung für unruhige Kranke.

Von Dir. *Frank*-Münsterlingen (Schweiz).

Dieses Project fordert an und für sich die Kritik heraus und wenn der Verfasser im Interesse der Sache noch um eine solche ersucht, so wird es schwer, sie zu unterdrücken.

Es ist Mode geworden, um jeden Preis auf Corridore zu verzichten, und fast huldigt man der Ansicht, dass eine Anlage erst dann brauchbar ist, wenn sie nur ja keinen Corridor aufweist. Wer wollte es leugnen, welchen grossen Fortschritt wir im Anstaltsbau durch die freiere Dispositionsmöglichkeit des Pavillonstyls errungen haben. Aber auch hier muss man die Extreme vermeiden. Wo Corridore unnöthig oder unpractisch sind oder eine Anlage zu sehr vertheuern, weg damit; wo sie aber nöthig sind, um den Zweck der Anlage zu erreichen, warum sie verpönen?

Eine günstige Gelegenheit, die heute zum Extrem gediehene Mode zu illustriren, giebt das Project von Dr. Kolb. Wir wollen die unruhigen Kranken durch Bettbehandlung und Ueberwachung beruhigen und sie von den ruhigen trennen. Müssen wir da nicht darauf Bedacht nehmen, dass sich auch die Unruhigen möglichst wenig gegenseitig stören, trotz der Eintheilung in „ruhige Unruhige, halbruhige Unruhige und unruhige Unruhige?" Der Plan zeigt aber die möglichste Concentration der Unruhe in fünf zusammenhängenden Sälen, deren Thüren doch wohl bei einer Ueberwachung durch drei Wärter noch dazu geöffnet sein müssen. Eine solche Lösung hat Rücksicht auf den Wegfall der Corridore, aber keine auf die Kranken! Und nun der Betrieb: Man stelle sich vor: ein — wenn auch nur vorübergehend isolirter widerstrebender Patient in Nr. 10, 12 oder aus Wachsaal II und III hat ein Bad nöthig! Ist das nicht eine Reise zum Bad und nicht eine grosse Störung bei der Reiseroute durch die Wachsäle wie durch Wachsäle und Tagräume für den Fall der Rundreise mit „Fahrscheinheft". Und welche Entfernung und ewige Störungen bei der Vertheilung der Speisen und Abräumen des Essgeschirrs, wenn die Spülküche am äussersten Ende liegt und aller Verkehr durch die Räume gehen muss, wo man möglichste Ruhe zu erhalten sucht! Kommt dazu noch der vom Verfasser selbst empfundene Mangel der Aborte bei den Tagräumen, so wird man mir zugeben müssen, dass so angeordnete und dem Verkehr dienende Wachsäle doch mehr einem Taubenschlag gleichen als einem wirklichen Krankensaal. Den Einwand, dass bei dieser Anordnung Personal gespart werde, kann ich nicht aufkommen lassen: wir wollen in erster Linie für unsere Kranken sorgen und da kann es bei einem grossen Betrieb, für welchen solche Pavillons gedacht sind, auf 1 oder 2 Personen mehr schliesslich im Hinblick auf den Zweck nicht ankommen. Zudem dürfte es auch fraglich sein, ob auch gerade 5 solcher Räume durchaus nöthig sind, wenn das nöthigste Personal nicht aufzubringen wäre.

Auch davor ist zu warnen, dass oberhalb der Räume, in denen unruhige Kranke verpflegt werden, weitere Krankenräume angelegt werden. Das kommt billiger zu stehen, practisch und im Interesse der „höher situirten" Kranken ist es niemals. Wer Er-



fahrung darin hat — und ich habe sie —, wird das niemals empfehlen.

Nochmals: Die „Corridorophobie" ist ein Unding und am wenigsten angezeigt, wo wir Unruhe decentralisiren müssen. Es kann nicht im Interesse der Beruhigung der Patienten liegen, wenn der ganze Verkehr durch die Krankensäle gehen muss. Wo Corridore sonst zu vermeiden sind, vermeide man sie, oft gewinnt der Betrieb dadurch auch, aber wie in jedem Wohnhause haben sie auch in Krankenhäusern ihre Berechtigung, weil sie zum Verkehr dienen und dadurch die Wohnräume gemüthlicher machen.

Mittheilungen.

— Programm der 67. ordentlichen General-Versammlung des **psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Samstag, den 15. Juni 1901, Nachmittags 1 1/2 Uhr, in Bonn im Hôtel Kley.

1. Geschäftliche Mittheilungen.
2. Vorträge:
   a) Zacher, Ueber einen Fall von doppelseitigem Erweichungsherd im Stirnhirn. (Augenbefund: Prof. Peters.)
   b) Derselbe, Ueber einen Fall von Pseudo-Myxoedem.
   c) Brie, Ueber Eifersuchtswahn.
   d) Ueber den neuen Ministerial-Erlass vom 26. März 1901. Ref. Erlenmeyer.
   e) Entlassungszwang nach Ablehnung der Entmündigung, § 10, 3 des Ministerial-Erlasses. Ref. Schultze-Andernach.

Referent wird folgende Resolution vorschlagen: Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz hält den Standpunkt, dass der Geisteskranke, dessen Entmündigung abgelehnt ist, nicht gegen seinen Willen in der Anstalt zurückgehalten werden darf, für principiell und praktisch höchst bedenklich.

Gemeinschaftliches Mittagessen um 4 1/2 Uhr.

Pelman. Oebeke. Umpfenbach.

— **Nordostdeutscher psychiatrischer Verein.** Die diesjährige Versammlung findet laut Beschluss der vorjährigen am 8. Juli cr. in Treptow a. Rega statt. Die Anmeldung von Vorträgen bitten wir bis zum 15. Juni bei uns zu bewirken. Die Tagesordnung wird sogleich nach dem 15. Juni festgestellt und versandt werden.

Die Geschäftsführer:
Schauen-Schwetz. Mercklin-Treptow a. R.

— **Berlin.** In den Rangverhältnissen der Kreisärzte in Preussen soll eine Aenderung eintreten. In Zukunft soll denjenigen mit dem längsten Dienstalter der Titel „Medizinalrath" (statt Sanitätsrath) und zugleich damit der Rang der Räthe vierter Klasse (statt wie bisher fünfter Klasse) verliehen werden. Die preussische Regierung folgt damit lediglich dem Beispiel anderer Bundesstaaten, wie der Königreiche Bayern und Sachsen.

Hoffentlich lässt die preussische Regierung auch in Bezug auf die Rangverhältnisse der älteren Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten eine ähnliche Aenderung eintreten, damit ebenfalls lediglich folgend dem Beispiel anderer Bundesstaaten!

— Berliner Blätter schreiben: Den städtischen Irrenanstalten werden vom Polizeipräsidium alle wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen sowie die während der Untersuchungshaft als geisteskrank Erkannten überwiesen. Dadurch ist nicht nur die Zahl der den städtischen Anstalten überwiesenen Geisteskranken im Allgemeinen gestiegen, sondern auch besonders die Zahl der wiederholt mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathenen Kranken. Die Entlassung dieser Kategorie von Kranken ist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft und bereitet der Verwaltung erhebliche Kosten und Mühen. Die zum Schutze der Kranken bestimmten Maassregeln genügen für die Mehrzahl der vorbestraften Geisteskranken nicht; für diese muss eine besondere Aufwendung persönlicher Aufsicht und namentlich mechanischen Verschlusses angewendet werden. Im Laufe der letzten Zeit hat sich nun eine vollständige Verschiebung in dem Antheile der vorbestraften Kranken gegenüber den gewöhnlichen Geisteskranken eingestellt. Das Polizei-Präsidium hat nämlich jetzt stetig gegen die Verlegung solcher vorbestraften oder mit dem Strafgesetz in Konflikt gerathenen Personen in Privatanstalten oder -Pflege Einspruch erhoben. Auf eine Anregung, hiervon Abstand zu nehmen, ist diese Behörde in neuerer Zeit grundsätzlich auf ihrem Standpunkt verblieben. Der Stadt Berlin bleibt nun weiter nichts übrig, als ihre Anstalten zu erweitern und umzugestalten, da die Zunahme derartiger Kranker die Interessen der übrigen Insassen bedroht. Der ganze Zweck der Anstaltsbehandlung, die Wiederherstellung der geistigen Gesundheit, geräth durch die Aufnahme dieser gefährlichen, konspirirenden, planmässig vorgehenden, oft entweichenden Personen in Gefahr. Um Abhilfe zu schaffen, soll zunächst in der Irrenanstalt Herzberge das Männer-Ueberwachungshaus erweitert werden, wofür der Magistrat 123 000 Mk. von der Stadtverordnetenversammlung verlangt.

— Die Psychiatrie ausserhalb der Anstalt. Der Schles. Zeitg. wird aus Herrnstadt berichtet: Die Frau Schubert, welche vor längerer Zeit Spuren von Geistesgestörtheit zeigte, die jedoch wieder Zeichen von Besserung erkennen liess, war heute Vormittag mit ihren Kindern allein in der Wirthschaft; die älteren derselben hatte sie vom Schulbesuch zurückbehalten, während der Ehemann zum Viehmarkt nach Winzig gefahren war und die Dienstpersonen sich auf dem Felde befanden. Als Schubert gegen Mittag nach Hause kam, vermisste er seine Angehörigen. Er suchte das Gehöft ab und



gelangte hierbei auch in die Oberstube. Ein entsetzlicher Anblick bot sich ihm hier dar, sodass er erschüttert zusammenbrach. Sein vierjähriger Sohn lag auf dem Fussboden lang ausgestreckt auf dem Rücken in einer Blutlache, der Körper war mit Brandwunden bedeckt und theilweise verkohlt, die Kleider waren bis auf winzige Reste abgebrannt. Die beiden anderen 9 und 6 Jahre alten Knaben waren durch Axthiebe schwer verletzt, derart, dass der jüngere nur noch schwache Lebenszeichen von sich gab und inzwischen verstorben ist, während an dem Aufkommen des älteren gezweifelt wird. Eine in der Nähe der Leiche befindliche Flasche mit Spiritus liess erkennen, dass die unglückliche Frau ihre Kinder hiermit übergossen und angezündet hat. Das vierte drei Monate alte Kind wurde nach längerem Suchen in einer Jauchegrube hinter dem Gehöft in eine Drainröhre eingezwängt als Leiche aufgefunden. Nach vollbrachter That brachte sich die Frau selbst Axthiebe am Kopf bei. Ein hinzukommender Nachbar riss ihr das Beil aus der Kopfwunde und veranlasste das weitere. Ein Arzt war glücklicherweise bald zur Stelle, der den beiden noch lebenden Knaben sowie der Mutter die schrecklichen Wunden verband. Die unglückliche Frau soll baldmöglichst in eine Irrenanstalt untergebracht werden.

Referate.

— L. William Stern. Die psychologische Arbeit des XIX. Jahrhunderts, insbesondere in Deutschland. S. A. aus der Zeitschrit f. pädag. Psych. und Path. II Berlin 1900, H. Walther. 48 S.

In 2 allgemein verständlich gehaltenen Vorträgen giebt W. Stern eine lichtvolle Uebersicht über die Entwickelung der Psychologie im abgelaufenen Jahrhundert. Nach einem kurzen Rückblick auf die Anfänge einer Mündigsprechung der Psychologie durch die englischen Assoziationspsychologen, auf die Vermögentheorie Wolffs und die Stellung Kants und der grossen Systembaumeister würdigt er die Leistungen des ersten Fachpsychologen in Deutschland, Herbarts, erinnert an den oft übersehenen „Psychologismus" Benekes. Eingehend wird die „Vernaturwissenschaftlichung" der Psychologie im letzten halben Jahrhundert geschildert, wobei 3 Richtungen zu unterscheiden sind: 1) die physiologische in Anlehnung an Johannes Müller, Helmholtz u. s. w., die in ihrer heutigen Gestaltung als Lokalisationsforschung den psychischen Phänomenen vielfach Gewalt anthut und der Psychologie mehr schadet als nützt; 2) die psychophysische Richtung, deren gewaltige Grundlage von Fechner geschaffen worden ist, welcher zum ersten Mal das Problem der Beziehungen zwischen Seele und Aussenwelt scharf aufstellte und es in weitem Umfang dem Experiment zugänglich machte; 3) die psychologische Richtung, zunächst von Lotze vertreten, fand ihren Ausbau durch Wilhelm Wundt, dessen universeller Thätigkeit Stern, obwohl selbst kein Schüler Wundts, in anerkennenswerther Weise gerecht zu werden sucht, indem er das gewisslich Bleibende wie auch das zu weiterer Arbeit Anregende und Fruchtbare hervorhebt, ohne mancherlei Ansatzpunkte der Kritik zu übersehen.

Der 2. Vortrag orientirt über die Arbeit der Psychologen in ihren vielfältigen Forschungsrichtungen. Zunächst ist die neuzeitliche Trennung in verschiedene psychologische Unterdisziplinen beachtenswerth. Neben der physiologischen Psychologie im engeren Sinn stehen die genetische Psychologie, die soziale und die Völker-Psychologie, die Individualpsychologie und die Psychopathologie. In methodischer Hinsicht ist die Schaffung einer stattlichen Reihe von selbständigen psychologischen Laboratorien zu betonen, die theils auf ganz spezielle Fragen eingerichtet, theils für die mannigfachsten Probleme aus dem Gesammtgebiet ausgerüstet sind. Auch die von manchen Experimentalpsychologen vernachlässigte Selbstbeobachtung kommt durch die Schule von Lipps wieder zu verdienten Ehren. Die als „scholastische" bezeichnete, vorzugsweise theoretisirende und dadurch noch nicht sehr fruchtbare Richtung findet durch Rehmke, Cornelius u. a. energische Vertretung. Hinsichtlich der theoretischen Grundanschauungen sammelt Stern die reiche Fülle von Charakterköpfen unserer Psychologen in 2 Gruppen: auf die eine Seite stellt er die analytischen, „subjektlosen" Psychologen, zu denen er Lipps, Ebbinghaus, Mach, Münsterberg und den stark schematisirenden Ziehen rechnet, auf die andere Seite die Subjektspsychologen, deren namhafteste Vertreter Wundt, Paulsen u. s. w. die psychische Aktivität, den Willen, als das wesentlichste im psychischen Sein hinstellten.

Auf Einzelheiten, die etwa zur Hervorhebung gegentheiliger Ansichten herausfordern, brauchen wir uns gegenüber der einheitlichen, al fresco entworfenen Revue nicht einzulassen. Bemerkt sei nur, dass für einen baldigen Ersatz des Herbartianismus durch die moderne Psychologie in der Pädagogik doch schon viele erfreuliche Zeichen sprechen; freilich darf man hierzu nicht die unexakte Methode Griesbachs rechnen. Gerade den Medizinern, auch unseren Spezialkollegen, die vielfach den lebhaften Wunsch haben, die Psychologie näher kennen zu lernen, aber alsbald wieder gradezu abgestossen werden, wenn sie merken, welche abweichenden und scheinbar in unversöhnlichem Widerspruch zu einander stehenden Richtungen zur Geltung zu kommen suchen, sind die beiden Vorträge Sterns wegen der ausgezeichneten Orientirung, die sie auf dem verwickelten Gebiet leisten, aufs allerwärmste zu empfehlen. Weygandt-Würzburg.

— Die St. Petersburger medicinische Wochenschrift kann in diesem Jahre auf ein 25jähriges Erscheinen zurückblicken. In Erinnerung dessen giebt die Redaction in der am 6. (19.) März herausgegebenen Nummer einen kurzen Rückblick über die Entwicklung der Wochenschrift unter Beilage der Bilder dreier inzwischen verstorbener Redacteure der Wochenschrift. Unter diesen wird der Irrenarzt namentlich des 1890 verstorbenen Professors der Chirurgie in Dorpat, Ed. v. Wahl gedenken, deren thatkräftiger Initiative die Universität Dorpat ihre psychiatrische Klinik zu danken hat.



Von den in dieser Nummer enthaltenen Arbeiten sind folgende zu bemerken:

„Ueber das Altern des Herzens" von Prof. Dr. Karl Dehio (Dorpat). Als wesentlichster Theil der mit dem Altern des Organismus auftretenden Erscheinungen ist die zunehmende Verlangsamung des Blutkreislaufs anzusehen, welche aus der Erhöhung der Widerstände im Kreislauf durch die senile Arteriosclerose entstehen muss. Diese Verlangsamung des Blutkreislaufs wird zum Theil compensirt durch Steigerung des arteriellen Blutdrucks, durch vermehrte Herzarbeit. Diese hat eine Hypertrophie des Herzens, die klinisch leicht nachweisbare Altershypertrophie zur Folge, welche jedoch auch unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht völlig genügt, eine ebenso lebhafte Circulation wie im Jugend- und Mannesalter, zu erhalten; sie versagt erst recht, wenn höhere Anforderungen ans Herz herantreten. Daher das Bedürfniss des Alters nach geistiger, besonders aber körperlicher Ruhe, wobei keineswegs in allen Fällen die physische Kraft der Skelettmuskeln abgenommen hat.

Wenn grössere Anforderungen im Kreislauf an das Herz herantreten, wie im einfachsten Falle, bei körperlicher Arbeit, so vermag ein gesundes Herz durch Erhöhung der Pulsfrequenz und Vergrösserung des Schlagvolumens diesen nachzukommen. Vermittelst einer einfachen Versuchsanordnung — die Arbeit hatte die Versuchsperson durch tactmässiges Heben eines Gewichts mit der Beinmuskulatur zu leisten — wurde an 7 jugendlichen und 8 alten, sonst gesunden Personen das Verhalten des Herzens bei körperlicher Arbeit geprüft. Es ergaben sich dabei überraschende Unterschiede zwischen dem Verhalten beider Alterscategorien. Vor allem leisteten die alten Leute viel weniger, nicht allein aus muskulärer Ermüdung, sondern auch weil sie schnell dyspnoisch wurden und Herzklopfen eintrat. Die Steigerung der Pulsfrequenz blieb weit hinter den bei jungen Menschen gefundenen Zahlen zurück, in mehreren Fällen trat Arythmie, in einem Fall regelmässig ein tachycardischer Anfall auf. Dyspnoe sowohl wie die Arythmie beweisen, dass das Herz nicht im Stande ist, den gesteigerten Blutdruck im arteriellen System zu überwinden. Auch wurde der anfangs volle Puls im Laufe der Arbeit klein und niedrig, es ist also sehr wahrscheinlich auch das Schlagvolumen herabgesetzt. Verfasser kommt auf Grund weiterer Ueberlegungen, namentlich auch durch Beobachtungen über die Atropinwirkung in den verschiedenen Altersstufen veranlasst, zu dem Schluss, dass die automatische Energie des Herzens im Alter vermindert ist. — Als anatomatische Ursache dieser Insufficienz des gealterten Herzens ist nach der Sclerose der Coronararterien vor allem die senile Myofibrose anzusehen.

Bei der Bedeutung, welche körperliche Arbeit jeder Art, sei es als Arbeit im engeren Sinne, sei es als Sport, Uebungstherapie und dgl. bei der Behandlung der Nervenkrankheiten z. Z. errungen hat, liegt die praktische Bedeutung dieser Untersuchungen für den Nervenarzt auf der Hand. Jeder Kranke über 50 Jahren wird daher sorgfältig auf die Leistungsfähigkeit seines Herzens geprüft werden müssen, bevor wir ihm eine ähnliche Therapie vorschlagen können, selbst wenn sein Herz im landläufigen Sinne als gesund anzusehen ist. (Fortsetzung folgt.)

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

A. Pastena, Ricerche sperimentali e cliniche sull' azione ipnotica dell' Edonal. Annal. di Nevrolog. 1901. No. 2.

Archives de Neurologie 1901, Mai enthalten:

Raymond, L'épilepsie partielle. — Pathogénie et traitement.

A. Paris, Le traitement par le repos ou lit en médecine mentale. — Ferner Referate und Berichte.

* * *

Ferdinand Tönnies, Die Verhütung des Verbrechens. „Ethische Kultur". 1901. No. 20.

Zeitschr. für Psychologie u. Physiologie der Sinnesorgane, Leipzig, J. A. Barth, Bd. 25, Heft 5 u. 6, enthält:

Leo Hirschlaff, Bibliographie der psycho-physiologischen Literatur des Jahres 1899.

Bd. 26, Heft 1 u. 2:

A. Mayer und J. Orth, Zur qualitativen Untersuchung der Association.

W. v. Tschisch, Der Schmerz.

Arthur Brückner, Die Raumschwelle bei Simultanreizung.

Richard Hohenemser, Zur Theorie der Tonbeziehungen.

E. Storch, Eine letzte Bemerkung zu Herrn Edinger's Aufsatz „Hirnanatomie und Psychologie."

Ferner Literaturbericht.

* * *

A. Adamkiewicz, Ueber das aktive und das inaktive „Ich", seine Verbindung und seine Dissoziationen. Versuch einer physiologischen Erklärung einiger psychopathischer Grundphänomene. Zeitschr. f. klin. Med. 1901. Heft 5/6.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Preussen. Dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Jolly in Berlin der Rothe Adler-Orden 3. Kl. m. d. Schleife, dem San.-Rath Dr. Paetz in Alt-Scherbitz der Charakter als Geh. San.-Rath, dem Direktor Dr. von Ehrenwall in Ahrweiler und dem Oberarzt Dr. Zacher ebenda der Charakter als San.-Rath verliehen.

— München. Der seitherige Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt München, Dr. F. Ungemach, ist zum III. kgl. Oberarzt an dieser Anstalt ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 11. 8. Juni **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Göttingen (Prof. Cramer).

Mittheilung über Hedonal.

Von Dr. med. *R. Stöckle*, Ass.-Arzt a. d. Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt Göttingen.

Hedonal, der chemischen Zusammensetzung nach Methylpropylcarbinolurethan, wurde vor zwei Jahren in unseren Arzneischatz aufgenommen als Hypnoticum bei einfacher, nicht complicirter Schlaflosigkeit. Die allgemein übliche Dosis war 0,5 — 2,0. Berichte über stets erfolgreiche Versuche waren in verschiedenen Fachblättern des In- und Auslandes zu lesen. Im Laufe der Zeit wurde die Dosis gesteigert, um die Wirkungen des Mittels bei Erregungszuständen Geisteskranker kennen zu lernen. Es wurden Versuche in den Kliniken von Professor Mendel, Eulenburg, Krafft-Ebing, Wagner, Obersteiner, in den Irrenanstalten Dalldorf, Grafenberg, Bonn, Triest und Gent angestellt, über die ich kurz referiren möchte.

Schuster-Berlin [1]) gab Hedonal als Hypnoticum in Dosen zu 2 gr. und machte die Beobachtung, dass 2 gr. Hedonal in der Wirkung 2 gr. Chloralamid oder 1 gr. Trional gleichkommen. —

Müller-Freiburg [2]) schreibt, dass Hedonal nicht in die Reihe der unbedingt verlässlichen Hypnotika, wie Paraldehyd, Trional und Chloralhydrat gehört. Die besten Erfolge will er bei Hysterie erzielt haben. Nawratzki und Arndt (Dalldorf) [3]) nennen Hedonal ein schätzenswerthes Schlafmittel ohne Nebenwirkungen, schreiben ihm jedoch keine sedative Wirkung bei stärkeren Erregungszuständen zu; so geben sie einmal ohne Erfolg bis 8,0 pro die bei einem Alkoholdeliranten. Förster [4]) (Bonn) ging über 4,0 pro dosi nicht hinaus und nennt Hedonal ein mildes, offenbar nicht schädliches Schlafmittel.

Ennen [5]) (Grafenberg) empfiehlt Hedonal als Schlafmittel auch bei Geisteskranken, abgesehen von starken Erregungszuständen. — Menz [6]) (Triest) gab Hedonal meist in Dosen zu 2,0. Das Mittel gab nie Anlass zu besonderen Beobachtungen seitens des Blutdruckes, der Herzaction und Nierensekretion.

Lenz [7]) (Döbling) gab bis 3,0 und beobachtete niemals schädliche Nebenwirkungen, ebenso Muori [8]) (Bologna), Schlüter [9]) (Gelsheim), Heichelheim [10]) (Giessen) und Stahr [11]) (Königslutter); letzterer schreibt von einer Dame, die es im Laufe der Zeit bis auf 150 gr. gebracht hat.

De Moor [12]) (Gent) gab bis 3,0 selbst bei Herzkranken ohne Nachtheil. In Fällen, in denen Schmerzen oder Husten die Ursache der Schlaflosigkeit waren, blieb der Erfolg aus.



Raimann [13]) (Wien) glaubt 5 gr. ohne das mindeste Risiko geben zu können auf Grund einer grösseren Versuchsreihe. Nach Arndt war selbst bei Dosen bis 6 gr. während langer Zeit der Urin eiweissfrei.

Haberkant [14]) (Roda) fand bei längerer Anwendung von Dosen von 4—5 gr. wohl Polyurie, nie aber Albuminurie.

Ich gab in 40 Fällen ca. 110 gr. bei Geisteskranken in Dosen von 2—4 gr. je nach dem Grade der Erregung. In 15 Fällen von Paranoia chronica, 2 Melancholien, 3 Hysterien und 1 Hebephrenie wurde 30 mal Nachts völlige Ruhe erzielt. Eine sehr unruhige Melancholica schlief auf 2 gr. 5 Stunden. Eine Paranoika, die die 2. Hälfte der Nacht umherzulaufen pflegt, reagirte zum erstenmale auf 2 gr. überhaupt nicht; die nächste Nacht schlief sie wenigstens 5 Stunden. Bei zwei stark hallucinirenden Kranken blieben 4 gr. ohne Wirkung; ebenso 2 gr. in einem Falle von Hysterie. In einem Falle von Erschöpfungspsychose, die mit sehr grossen Erregungszuständen verlief, bei der Bäder bis zu 8 Stunden ausgedehnt werden mussten, trat auf 4 gr. Hedonal nur 4stündiger Schlaf ein. Ein öfter über Schlaflosigkeit klagender Paralytiker im Remissionsstadium schlief jedesmal prompt auf 2 gr. die ganze Nacht.

Die hier gemachten Beobachtungen stimmen bezüglich der hypnotischen Wirkung des Hedonals im wesentlichen mit den oben erwähnten Mittheilungen überein. Wir haben also im Hedonal eine schätzenswerthe Bereicherung unserer schlaferzeugenden Arzneimittel zu erblicken, das zwar, wenn es sich darum handelt, bei stärker erregten Kranken Schlaf und Ruhe herbeizuführen, der Mehrzahl der bisher bekannten Schlafmittel gegenüber keine eklatanten Vorzüge besitzt, immerhin aber in Abwechselung mit denselben unter einer noch zu erwähnenden Einschränkung angewandt werden kann.

In Uebereinstimmung mit einer am Schlusse zu erwähnenden Mittheilung von Müller-Freiburg war bei einer unserer Kranken auf 4 gr. Hedonal eine acute Nierenreizung beobachtet, die nach 5 Tagen wieder zurückging; auf eine weitere Gabe von 4 gr. reagirte die Kranke sofort wieder. Zur Controlle gewissermassen erhielt eine andere ähnlich erregte Kranke die gleichen Dosen Hedonal, ohne dass hier eine Nebenwirkung eingetreten wäre. Zur besseren Beleuchtung des Falles möchte ich die Krankengeschichte anführen.

Es handelt sich um eine 35jährige Ehefrau G. K., die aus einer schwer belasteten Familie stammt. Die Jugend verlief normal. Die Kranke war Dienstmädchen, hat sich dann verheirathet und hat 6 gesunde Kinder. Nach der 5. Entbindung zeigte sich eine vorübergehende Geistesstörung. Mitte Februar d. J. wurde die Kranke zum 6. mal entbunden, bekam darauf bald einen Erregungszustand, war vollständig verwirrt, schimpfte, zerriss Kleider, warf mit Hausgeräthen um sich, sah Thiere und war sehr unrein. Am 21. März wurde die immer noch völlig verwirrte Kranke hierher gebracht. Gegenwärtig zeigt sie noch maniakalischen Typus, spricht und lacht viel, verkennt Personen, führt allerlei unzusammenhängende Redensarten. Der körperliche Befund bietet ausser einer Facialisparese links nichts abnormes. Das Herz ist intakt, der Urin ohne Eiweiss und Zucker. Von einer zur Zeit bestehenden Nephritis ist weder uns noch dem die Aufnahme beantragenden Kreisarzt etwas bekannt. Auch hat die Kranke bisher weder an einer mit Nierenentzündung einhergehenden Erkrankung noch an einer Nierenentzündung selbst gelitten. Bei der Aufnahme ist der Urin genau untersucht worden. Die Nahrungsaufnahme ist gut.

Am 16. April bekam die Kranke 4 gr. Hedonal. Die Nacht verlief leidlich ruhig. Am andern Morgen (17. April) klagt die Kranke über Kopfschmerzen und bleibt zu Bett; man habe ihr gestern ein Pulver gegeben, das Rattengift war. Die Temperatur am Morgen war 37,1, am Abend darauf 36,8. Die Urinuntersuchung ergab eine starke Trübung durch die Kochprobe. Im Sediment fanden sich Epithelialcylinder, Epithelien der Harnwege, rothe und weisse Blutkörperchen. Vom 19.—21. sank die Menge des Sediments, mit ihm der characteristische Inhalt desselben. Am 21. war nur noch eine Spur von Albumen vorhanden. Am 22. musste die Kranke wegen zunehmender Unruhe isolirt werden. Eine Untersuchung des Urins war nicht möglich. Am 23. hatte die Kranke sich wieder beruhigt; im Urin fand sich kein Albumen, ebenso nicht am darauffolgenden Tag (24.). Abends erhielt die Kranke wieder 4. gr. Hedonal, ohne dass sie inzwischen laut geworden wäre. Am andern Morgen (25.) war im Urin 1 % Albumen; die Schönleinsche Blutreaktion war sehr intensiv. Im Sediment befanden sich massenhaft Blutkörperchen, rothe und weisse, erstere in vorwiegender Zahl, und Epithelien vom Nierenbecken. Vom 26.—28. sank die Menge der organisirten Harnbestandtheile, bis zum 28. Abends durch die Kochprobe keine Trübung mehr zu constatiren war. Nachmittags bekam die Kranke 2 gr. Hedonal, worauf nach 4 Stunden, ohne dass die Kranke erregt gewesen wäre, eine Spur von Albumen auftrat (Kochprobe). Die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe war negativ. Im Sedimente fanden



sich wieder viel rothe, wenig weisse Blutkörperchen und verfettete Epithelzellen vom Nierenbecken. Am 29. Abends erhielt die Kranke 3 gr. Hedonal, der Albumengehalt stieg wieder. Die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe war wieder positiv. Der Urinbefund am 1. Mai ergab ein Sinken der Albumenmenge.

Das Wechseln der Eiweissmenge dürfte hier also wesentlich durch die Menge des eingeführten Hedonals bedingt und nicht etwa eine Folge der Geisteskrankheit resp. der damit verbundenen Unruhe sein, da die Kranke sich in den letzten Tagen völlig gleich verhielt und die Nächte über schlief. Dem mikroskopischen Befunde nach handelte es sich um eine acute Nephritis und Pyelonephritis.

Eine ähnliche bereits kurz erwähnte Beobachtung hat Müller [2])-Freiburg gemacht. Nach zweimaliger Darreichung von 2,5 gr. Hedonal trat bei einem Melancholiker mit starkem Lungenemphysem und functionellen Störungen der Herzthätigkeit vorübergehende Abbuminurie unter beträchtlicher Polyurie, die wir in unserem Falle nicht beobachtet haben, auf. Nebenwirkungen objectiver und subjectiver Natur fehlen also auch diesem Hypnotikum nicht, scheinen aber nach dem bisher vorliegenden Material harmlos zu sein und ein Aussetzen des Mittels nur da zu verlangen, wo anscheinend eine Idiosynkrasie gegen das Mittel und leichte Reizbarkeit der Nieren besteht.

Litteratur:

1) Schuster: Ueber ein neues Schlafmittel aus der Gruppe der Urethane. Deutsch. med. Wochenschr. 1900/23.
2) Müller: Ueber Hedonal. Münch. Med. Wochenschrift 1901/10.
3) Nawratzki und Arndt: Ueber Hedonal. Therap. Monatshefte 1900/7.
4) Förster: Ueber Hedonal. Psych. Wochenschrift 1900/18.
5) Ennen: Ueber Hedonal: ibidem 1900/13.
6) Menz: Ueber Verwendung des Hedonals in der Psychiatrie. „Die Heilkunde“ 1900/11.
7) Lenz: Ueber Hedonal, ein neues Schlafmittel aus der Urethangruppe. Wiener klin. Rundschau 1900/35.
8) Muori: Ueber Hedonal. Gazetta medica Lombarda 1900/43.
9) Schlüter: Ueber Hedonal. Deutsch. med. Wochenschrift 1900/48.
10) Heichelheim: Klinische Erfahrungen über Hedonal, ibidem.
11) Stahr: Kurze Mittheilung über Hedonal. Psych. Wochenschrift 1901/47.
12) De Moor: Ein neues Hypnotikum, das Hedonal. Ref. in der Allgemeinen Med. Central-Zeitung 1900/81.
13) Raimann: Ueber Hedonal. „Die Heilkunde“ 1900/13.
14) Haberkant: Ueber Hedonal. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 57.

Material zu § 1569 des B. G.-B.

(No. 8).

Es dürfte für die Collegen vielleicht von Interesse sein, aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch nebst Einführungsgesetz, erläutert von Dr. G. Plank, Wirklicher Geheimer Rath in Göttingen, Lieferung 8, 4. Buch, Familienrecht, die Erläuterungen zu § 1569 zu erfahren; sie lauten wie folgt:

1. Die Zulässigkeit der Scheidung wegen Geisteskrankheit beruht auf den Beschlüssen der zweiten Commission. Im E. 1., in der Reichstagskommission und bei der zweiten Lesung im Reichstage wurde die Zulässigkeit verneint, bei der dritten Lesung wurde die Bundesrathsvorlage wieder hergestellt.

2. Eine Begriffsbestimmung der Geisteskrankheit ist im B. G.-B. nicht enthalten.

3. Die Geisteskrankheit eines Ehegatten genügt nicht für sich allein, um das Recht auf Scheidung zu geben. Erforderlich ist eine qualificirte Geisteskrankheit:

a. die Geisteskrankheit muss einen solchen Grad erreicht haben, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist. Es muss also eine Art geistigen Todes eingetreten und dem geisteskranken Ehegatten das Bewusstsein des ehelichen Bandes abhanden gekommen sein. Es genügt nicht, dass der Ehegatte in Folge seiner Geisteskrankheit die sich aus der ehelichen Gemeinschaft ergebenden Pflichten nicht erfüllen kann.

b. Es muss jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ausgeschlossen sein. Es darf nicht bloss keine Hoffnung mehr bestehen, dass der Ehegatte wieder geistig gesund werde, sondern es muss jede Aussicht fehlen, dass er auch nur das Bewusstsein der ehelichen Gemeinschaft wieder erlange.

Da indessen in dieser Beziehung eine absolut sichere Diagnose nur selten sein wird, so stellt das B. G.-B. als weiteres Erforderniss auf,

c. dass die Geisteskrankheit seit mindestens drei



Jahren besteht, der dreijährige Zeitraum muss in die Ehe fallen. Dagegen ist nicht erforderlich, dass die Geisteskrankheit während der Ehe entstanden ist. Auch wegen einer angeborenen Geisteskrankheit kann Scheidung der Ehe begehrt werden. War der Ehegatte freilich bei Eingehung der Ehe schon geisteskrank und deshalb geschäftsunfähig, so ist die Ehe nach § 1325 nichtig. War der Ehegatte zwar nicht geschäftsunfähig, aber doch in einem solchen körperlichen oder geistigen Zustande, dass die Geisteskrankheit zu besorgen war, so ist der andere Ehegatte, wenn er dies nicht wusste, nach § 1333 zur Anfechtung der Ehe berechtigt. Daneben aber steht dem anderen Ehegatten und zwar auch dann, wenn er jenen Zustand kannte, das Recht zu, die Scheidung zu verlangen, wenn die Voraussetzungen des § 1569 eintreten.

Die Geisteskrankheit muss während des dreijährigen Zeitraumes ununterbrochen bestanden haben. Dagegen ist nicht erforderlich, dass während der drei Jahre der qualificirte Zustand vorhanden war. Es genügt, wenn im Zeitpunkte des Scheidungsurtheils eine die geistige Gemeinschaft aufhebende Geisteskrankheit besteht und jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Lichte Zwischenräume, während deren zwar die Geisteskrankheit fortdauert, dem kranken Ehegatten aber doch das bestehende eheliche Band zum Bewusstsein kommt, schliessen die Scheidung nicht aus.

Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist nicht als Voraussetzung der Scheidung aufgestellt; denn die Entmündigung ist an andere Bedingungen geknüpft wie die Scheidung. Liegt mithin eine Entmündigung wegen Geisteskrankheit vor, so wird der Richter im Scheidungsprozesse wohl das Bestehen einer Geisteskrankheit annehmen dürfen; er hat aber stets noch zu prüfen, ob die unter a—c bezeichneten besonderen Merkmale vorliegen. Nicht erforderlich ist ferner die vorgängige Beobachtung in einer Irrenanstalt. Der Richter hat das Vorhandensein der qualificirten Geisteskrankheit nach freiem Ermessen zu würdigen; es ist ihm im § 623 der C. P. O. nur zur Pflicht gemacht, einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des beklagten Ehegatten zu hören.

Dr. Matthaes, Hubertusburg.

Die zukünftige Gestaltung der Irrenfürsorge in Mähren.

Die Ueberfüllung der mährischen Irrenanstalten ist im Laufe der letzten Jahre eine so andauernde und drückende geworden, dass eine Beseitigung dieses Uebelstandes nicht länger aufgeschoben werden kann. Bereits im April 1900 hat der Director der mährischen Landesirrenanstalt zu Sternberg, Dr. K. Schubert, in seiner Denkschrift über die nächsten Aufgaben der Irrenfürsorge in Mähren diese Verhältnisse eingehend erörtert und Vorschläge zu einer Erweiterung der Irrenfürsorge gemacht. Er führte aus, dass zur Erzielung eines erträglichen Gleichgewichtszustandes zwischen Bedürfniss und vorhandenen Plätzen die letzteren in einem Verhältnisse von 1 : 1000 Seelen der Bevölkerung vorhanden sein müssen, daher auch künftig eine weitere Vermehrung der Anstaltsplätze nothwendig sein wird. Von einer ferneren Vergrösserung der bestehenden Anstalten könne nicht mehr die Rede sein, da dieselbe bereits die Grenze des Zulässigen erreicht habe; der Bau von reinen Pflegeanstalten, der heute überhaupt nicht für zeitgemäss gelte, sei mit Rücksicht auf die Verhältnisse in Mähren nicht zu empfehlen, Adaptirung bestehender Gebäude sei überhaupt verwerflich, Neubauten von reinen Pflegeanstalten erforderten denselben Aufwand wie bei Heil- und Pflegeanstalten, die billigere Verpflegung sei bei den geringen Verpflegskosten in den mährischen Irren-Anstalten nicht zu erhoffen und werde durch Vertheuerung in den Heilanstalten aufgewogen. Die Nachtheile, welche die Verpflegung von Heilbaren und Unheilbaren in einer Anstalt haben soll, seien bei Vermeidung von Ueberfüllung zu verhindern, Pflegeanstalten dagegen bei Kranken und deren Angehörigen unbeliebt. „Infolge des Platzmangels kommen von den Geisteskranken des Landes nur die difficilsten und am schwierigsten zu behandelnden zur Aufnahme. Diese häufen sich in den Heilanstalten und müssten ebenfalls an die Pflegeanstalten abgegeben werden. Diese benöthigen daher, sollen sie den Zweck, die Heilanstalten zu entlasten, erfüllen können, den ganzen Apparat der Irrenanstalten, können demnach ebensogut vollwerthige Irren-Anstalten sein. Für die Heilanstalten ist es eine Wohlthat, wenn die Aufnahmsziffer herabgemindert wird, weil sie dadurch jene grössere Ruhe und Stabilität der Verhältnisse erlangen, welche zur Beruhigung ihrer Pfleglinge so wesentlich beitragen. — Pflegeanstalten für sieche (körperlich hinfällige) Geisteskranke zu errichten, hat



bei der geringen Zahl derartiger Pfleglinge in den bestehenden Anstalten keinen Zweck, auch fallen derartige Kranke, bei denen die Nothwendigkeit jeder specialistischen Behandlung fortfällt und allein körperliche Wartung und Pflege erforderlich ist, eigentlich der Armenversorgung zur Pflicht und wären derartige Anstalten bei einer ohnehin so nothwendigen zeitgemässen Regelung dieser Angelegenheit in Verbindung mit Siechenhäusern für körperlich Unheilbare in Aussicht zu nehmen und von Bezirks-Armenverbänden, eventuell unter Subvention des Landes zu verwalten. Die angemessene Abhilfe wäre bei dem Stande der Dinge in Mähren die Errichtung einer dritten Landes-Heil- und Pflegeanstalt für 600 Betten und erscheint ein rascher Entschluss in dieser Hinsicht bei der Dringlichkeit der Sachlage ernstlich geboten."

Auch der Direktor der mährischen Landesirrenanstalt zu Brünn, Dr. A. Hellwig, hat sich zu der künftigen Gestaltung des mährischen Irrenwesens in einer im März d. J. verfassten Denkschrift geäussert, ist aber dabei zu wesentlich anderen Resultaten gelangt. Er schreibt:

„Nach all' dem Vorangeschickten ist wohl der Schluss gerechtfertigt: die zu erbauende 3. und auch nicht die 4. Irrenheilanstalt allein behebt nicht dauernd die Ueberfüllung der Anstalten und kann in diesem Mittel allein nicht die Lösung der Irrenfürsorge des Landes gefunden werden, das Irrenwesen ist eine grosse culturelle Angelegenheit des Landes und kann nur in einheitlicher Organisation aufgefasst und gelöst werden.

Meine Vorschläge gehen nach den obigen Darstellungen dahin, dass der gegenwärtigen drückenden Ueberfüllung der Anstalten durch

1. ein Provisorium zu steuern ist, indem noch heuer und sobald als möglich zu jeder der bestehenden Anstalten die oben geschilderten Baracken in der nothwendigen Zahl errichtet werden oder ein grosses Gebäude zur Unterbringung des Ueberbelages der beiden Anstalten gemiethet werde.

2. Eine grosse Irrenpflege- oder Irrensiechenanstalt für 600 Kranke für die bestehenden beiden Anstalten ist nach der Sachlage nothwendig.

3. Zu jeder der beiden Irrenanstalten ist im Sinne der modernen Anforderungen der freien Verpflegung eine Irren-Colonie zu erwerben oder zu gründen, event. für beide Anstalten eine gemeinsame Colonie, aus der sich

4. die Anbahnung der familialen Irrenpflege ergiebt, da die Colonie den Prüfstein für die familiale Irrenpflege abgiebt.

5. Entfernung der geisteskranken Verbrecher aus den Irrenanstalten in die vom Staat hiefür zu errichtenden Adnexe der Inquisiten-Spitäler oder Straf-Anstalten. Hingewiesen sei dabei auf die selbst in Ungarn schon bestehende „Landes-Irren-Beobachtungs- und Heilanstalt der Detenirten und Verurtheilten."

6. Die schon vom Direktor Dr. Scharf vom 15. 4. 1888 in seiner Eingabe: „Ueber den Zweck der Errichtung von Trinkerasylen" gestellten Anträge (Punkt 2) durchzuführen.

7. Die Errichtung je einer Anstalt mit 50 Betten unter dem Namen: „Anstalt für Nerven- und Gehirnkranke" als Uebergangs-Institute zwischen Krankenhaus und Irrenanstalt für jedes der beiden Aufnahms-Territorien der Brünner und Sternberger Anstalt, wie es für Brünn schon gelegentlich der Frage der Beobachtungs-Abtheilung von der Direktion in Vorschlag gebracht und vom mähr. Landes-Sanitätsrathe, sowie Fachautoritäten befürwortet wurde, für die Sternberger Anstalt in der Stadt Sternberg selbst oder bei dem Olmützer Krankenhause untergebracht werden könnte."

. . . „Sehen wir vom Antrage 1, der ein Provisorium bedeutet, ab, so ist in allen anderen Anträgen 2 — 7 ein Programm gegeben für die zukünftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Mähren, von der sich bei der entsprechenden Durchführung annehmen lässt, dass die stete Klage der Ueberfüllung der Anstalt von der Tagesordnung verschwinde und die Frage der Irrenfürsorge gelöst werde."

* * *

Durch das weitumfassende Hellwig'sche Programm erfährt die Irrenfürsorge Mährens nicht nur in quantitativer Hinsicht eine befriedigende Lösung, sondern wird — in Anbetracht der darin empfohlenen Einführung der colonialen und familialen Verpflegung der Geisteskranken und des Vorschlags der Errichtung von Trinkeranstalten — auch qualitativ auf ein zeitgemässes Niveau gehoben, und wenn, was nicht zu bezweifeln, die mährische Landesvertretung diesen Plänen ihre Zustimmung giebt, so wird ihr erspart bleiben, das, was in anderen Staaten längst erprobt, nach Jahren im eigenen Lande erst nachzuholen. Die familiale Verpflegung von Geisteskranken und die Heilung und Versorgung der Trinker, auch die Entfernung der geisteskranken Verbrecher aus den Irrenanstalten in besondere Bewahrungsanstalten — das sind ja die praktisch-psychiatrischen Probleme, an deren Durchführung man bei den zuständigen Stellen überall arbeitet und nach deren Durchführung die Irrenanstalt nicht mehr als Sammelort für die heterogensten Elemente erscheinen wird. Die Frage, ob Heil- und Pflege-Anstalt oder reine Pflege-Anstalt, tritt demgegenüber ziemlich in den Hintergrund, da ihre Be-



antwortung zu sehr von localen Verhältnissen und subjektiver Auffassung abhängt. Sollen die Insassen der reinen Pflegeanstalt nicht als Kranke geringeren Werthes gelten — und das wird wohl Niemand wünschen —, so wird sich Errichtung und Unterhaltung kaum erheblich billiger gestalten. Für den berufsfreudigen Irrenarzt giebt's übrigens auch in solchen Anstalten viele Quellen segensreichen Wirkens und interessanten Forschens, und ich kenne einen Professor der Psychiatrie, Verfasser eines Lehrbuchs, der äusserte, zu bedauern, dass er nicht einmal Gelegenheit habe, die chronischen Geistesstörungen in einer solchen Anstalt eingehend zu studiren.

Bresler.

Mittheilungen.

— Ueber den „Kropper Anstalten" des Pastor Paulsen schwebt seit langem ein Unstern; das ganze Gründerwerk des Genannten, das fortwährend von Misserfolgen besonders finanzieller Natur begleitet war, scheint nun zusammenzubrechen: auf Antrag der mit einer Hypothek betheiligten Pommerschen Hypothekenbank ist am 26. März cr. die Zwangsverwaltung eingesetzt worden, die Klarheit in die Verhältnisse bringen soll. Am 12. Mai hat Pastor Paulsen den Offenbarungseid geleistet. Die örtlich zuständigen Blätter (Schleswiger Anzeiger vom 20. Mai und Kieler Zeitung vom 20. Mai) bringen spaltenlange Ausführungen über die Geschäftsspeculationen Paulsens. Paulsen hatte sich besonders darauf verlegt, Kranke gegen eine einmalige Einkaufssumme (bei Erwachsenen in der Regel 4—5000 Mark, bei Kindern 1000 Mk.) aufzunehmen. Die hieraus den Kropper Anstalten noch auferliegenden Verpflichtungen sollen 300 000 Mk. betragen. Uns interessirt die Sache insofern, als ein Theil der Anstalten Irrenanstalten sind; man muss sich wundern, dass dem Laufe der Dinge nicht früher Einhalt gethan wurde. Die Verwaltung ist nunmehr in die Hände des Anstaltsarztes Dr. Reinecke und des Pastor Lohse gelegt.; man will sehen, ob die Kropper Anstalten bei sparsamer und fachgemässer Führung der Geschäfte überhaupt rentabel sind.

Sehr bemerkenswerth ist auch die Nachricht, dass Paulsen auf die Idee, Irrenanstalten zu errichten, durch die Nothwendigkeit der Schaffung von Mitteln für die Fortführung des Predigerseminars gebracht wurde!

— **Russland.** Der Oberarzt der Petersburger städtischen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wunderthätigen, Dr. Otto Tschettschott, giebt nach 35jährigem Dienst im genannten Hospital sein Amt definitiv auf. Die Stadtduma hat ihm in Anbetracht seiner Verdienste um das städtische Hospitalwesen eine Gratifikation in der Höhe seiner Jahresgage von 2640 Rbl. bewilligt. — Die Neubauten der Moskauer Gouvernements-Irrenanstalt werden im laufenden Jahre zu Ende geführt. Die anfänglich vorhandene Zahl der Betten (383) wird dann auf 588 erhöht sein, die Unterhaltungskosten auf ca. 210000 Rbl.

(Petersbg. med. Wochenschr.)

— British medical Association. Sektion f. Psychologie. Jahresversammlung zu Ipswich 1900. (Referat Whitewell's.)*)

Präsident: Percy-Smith.

Vicepräsidenten: Row, Aldren, Turner.

Ehren-Sekretäre: Osbourne, Whitewell.

Die Versammlung war gut besucht und es wurden die gehaltenen Vorträge eingehend diskutirt.

In seiner Festrede zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten betonte der Präsident die laut Bericht des Ausschusses wachsende Zahl der Psychosen, sowie die hierdurch bedingte Erhöhung der Gemeindeumlagen. Betreffs des wichtigsten ätiologischen Faktors, der Heredität, hob er hervor, dass bei dem menschlichen Geschlechte wenig oder gar nichts zur Verhütung minderwerthigen Nachwuchses aus krankem Material gethan werde; er führte eklatante Beispiele aus seiner eigenen Erfahrung an.

Desgleichen wies er auf die der Nachkommenschaft so verderblichen Folgen der Alkoholexcesse hin und lenkte die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit eines vollständigeren Gesetzes für nicht verbrecherische Trunkenbolde und auf die Unzulänglichkeit des jetzigen Gesetzes. Für die Entwicklung allgemeiner Paralyse bilde sowohl ererbte als erworbene Syphilis einen mächtigen Faktor; es müsse deshalb solche unter die amtlich anzuzeigenden Krankheiten eingereicht werden; die wohlthätige Wirkung einer derartigen Maassregel wurde bei Finnland und anderen Staaten nachgewiesen.

Macnaughtan Janes eröffnete eine Diskussion über: „Der Einfluss sexueller Funktionen und Krankheiten der Geschlechtsorgane auf Psychose und Verbrechen."

Der Referent legte der Sektion folgende angenommene Thesen vor:

1. Funktionelle Störungen der Ovulation sind oft begleitet von psychischen Veränderungen und bilden in einem Theil der Fälle die Ursache zu geistiger Erkrankung.

2. Dasselbe gilt von Ovulationsstörungen, welche auf pathologischer Ursache beruhen.

3. In der grossen Mehrheit dieser Fälle hat die nervöse Störung neurasthenischen Charakter und geht mit visceralen oder anderen Neurosen einher. Nur in verhältnissmässig wenig Fällen nimmt die Geisteskrankheit den ernsten Character einer Melancholie, Manie oder Demenz an.

4. Fehlt bei einer geisteskranken Person die Ovulation und deren äussere Symptome, die Menstruation, oder ist letztere unregelmässig, so kann diese Unregelmässigkeit oder das Fehlen eine Folge des allgemeinen geisteskranken Zustandes sein und nicht der

*) (The Journal of mental Science. vol. XLVI. Nr. 195. S. 815—818).



ätiologische Faktor; aber unter allen Umständen scheint eine solche abnorme Menstruation eine verschlimmernde Wirkung auf die geistige Erkrankung auszuüben und es liegt genügend Beweismaterial vor, die therapeutische oder operative Beseitigung einer solchen Unregelmässigkeit zu rechtfertigen, besonders wenn sie auf pathologischer Ursache beruht.

5. Die Frage, ob eine geisteskranke Frau gynäkologisch zu untersuchen sei, muss dem Ermessen des Psychologen überlassen bleiben, welcher deren Zweckmässigkeit und gynäkologische Prognose nach den Erscheinungen und vorhandenen Symptomen seitens der Sexualorgane zu erwägen hat. Aus vielen Gründen ist eine allgemeine Ausübung bei dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft nicht zu rechtfertigen.

6. Hinreichendes Beweismaterial liegt vor, um die Entfernung der Adnexe oder Geschwülste des Uterus bei geisteskranken Frauen zu rechtfertigen, sobald es sich um ausgedehnte, krankhafte Veränderungen der ersteren oder Tumoren des letzteren handelt und wenn man sich erinnert, dass der Entwicklung uteriner Myome nicht selten Demenz folgt. Hier muss nach dem psychischen Zustand der Patientin und der Art ihrer Erkrankung zur Operation gerathen werden. —

7. Aus den ausgiebigsten Erfahrungen geht hervor, dass eine Gefahr für geistige Erkrankung nach der Operation bei geistig gesunden, an Krankheiten der Geschlechtsorgane leidenden Frauen nicht besteht. Andererseits ist aber bei Fällen von psychopathischer, vorher und unabhängig von dem Sexualleiden existirender Prädisposition ein grösserer Prozentsatz von postoperativen Psychosen konstatirt worden, als bei anderweitigen blutigen Eingriffen. Bei derartigen Frauen muss die Zweckmässigkeit einer radikalen Operation sorgsamst diskutirt werden. Die Geistesstörung post operationem scheint im Allgemeinen nicht ernst, noch von längerer Dauer zu sein.

8. Es kann allgemein angenommen werden, dass wenn eine Geistesstörung ernsterer Art auf sexuelle Störungen folgt, bei der betreffenden Frau eine verborgene, vorher nicht erkannte psychopathische Prädisposition vorlag. Die Störungen der Menstruation oder das Sexualleiden vervollständigt hier die Kette der krankhaften Erscheinungen, welche den schliesslichen Ausbruch der Psychose bedingen.

9. Die Beziehungen zwischen abnormer sexueller Funktion oder Menstruationsstörungen und verbrecherischen Handlungen müssen bei der Begutachtung über Verantwortlichkeit von Frauen in Betracht gezogen werden

Pasmore hielt einen Vortrag über Epilepsie und beschrieb die gewöhnliche Art des Auftretens der Symptome. Er verbreitet sich besonders über die Fälle, in welchen periodisch maniakalische Explosionen vorkommen, die mit Krampfanfällen wechseln oder an deren Stelle treten und bezeichnete solche als Psycho-Epilepsie. Er vertritt die Ansicht, dass viele Fälle sog. periodischer Manie eigentlich zu dieser Klasse gehören und bringt hiefür zahlreiche Belege.

Percy Smith hielt einen Vortrag über: das gemeinschaftliche Auftreten von peripherer Neuritis und Geisteskrankheit (polyneuritische Psychose Korsakoff's), das man in England nur wenig kenne. Er selbst hat in 16 Jahren unter 3600 seiner akuten Psychosen 20 Fälle von peripherer Neuritis gesehen. Von diesen (4 M. 16 W.) waren 3 Männer von Hause aus Alkoholiker, bei einem war die Neuritis nach Typhus aufgetreten, doch konnte Alkoholmissbrauch nicht bestimmt nachgewiesen werden. Von den 16 Frauen waren 11 entschieden Trinkerinnen, 4 andere mussten bei näherer Untersuchung gleichfalls dieser Gruppe eingereiht werden; die übrigbleibende litt an Diabetes. Bei 50% von Allen lag erbliche Belastung, sowohl in Bezug auf Alkoholexcesse als auch auf Geisteskrankheit vor. Der Geisteszustand stimmte im Wesentlichen bei den Alkoholikern mit den von Korsakoff beschriebenen Symptomen überein, aber die Fälle nach Typhoid und Diabetes stimmten nicht. 7 der 20 Patienten erholten sich, 2 starben, und die übrigen blieben dauernd entweder körperlich oder geistig geschädigt. Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt Percy Smith sehr vorsichtig sein zu müssen, wenn man eine charakteristische polyneuritische Psychose ohne Zusammenhang mit Alkoholismus als bewiesen annehmen wolle.

W. Aldren Turner eröffnete eine Debatte über die koloniale Behandlung der Epileptiker, mit besonderer Berücksichtigung des Epileptikerheimes Chalfont. Er betrachtete das Thema unter folgenden Gesichtspunkten:

1 Erziehung epileptischer Kinder: Die Kinder müssen getrennt von gesunden oder imbecilen erzogen werden.

2. Behandlung erwachsener geistig intakter Epileptiker; er behauptete, dass medizinische Behandlung nicht von grosser Wichtigkeit sei, sondern Anstaltsleben mit geeigneter Beschäftigung u. s. w. Dadurch werde die Durchschnittszahl der Anfälle vermindert, sowie das physische und psychische Befinden gehoben.

Er beansprucht für die koloniale Behandlung den Vorzug der gleichzeitigen Beschaffung von Mitteln für Unterbringung dieser Unglücklichen zum Vortheile dieser selbst und zum finanziellen Erfolge des Unternehmens.

Bezüglich der Möglichkeit einer Heilung Epileptischer betont er die Nothwendigkeit besonders sorgfältiger Unterscheidung, ob eine Heilung erfolgt ist.

John Turner (Essex) beschäftigte sich mit der pathologischen Histologie des akuten Deliriums und nimmt 3 klinisch verschiedene Formen von akuten Delirien an

1. eine alkoholische,
2. eine septische (puerperale etc.),
3. eine idiopathische (wahrscheinlich autotoxische).

Nach Besprechung der einzelnen psychischen und physischen Symptome, gab er eine Uebersicht über die einschlägige Literatur, insbesondere führt er die Versuche von Nissl, Marinesco u. A. an und hob die Verschiedenheit der Resultate hervor.

T. stellte an verschiedenen Gehirnpartien entnommenen, z. Thl. mit dem Projektionsapparat demonstrirten Präparaten folgende Veränderungen fest:

1. Ausserordentlich vermehrte Pigmentirung der Riesenzellen der Stirnwindungen.



2. Gewisse Zellen färben sich sehr stark und haben ein stichochromes Aussehen.

3. Gelegentlich kommt Einschrumpfung der Zellen und Zerbröckeln der Nissl'schen Körperchen vor.

4. Auftreten rascher Zellenberstung während der Fixation.

5. Uebergrosse Anzahl von freien Kernen in perivasculären und pericellulären Räumen.

6. Manchmal ausserordentliche fettige Degeneration der Zellen der 2. Schichte.

7. Die in allen Fällen untersuchte Leber zeigte eine deutliche fettige Degeneration der Zellen.

Craig sprach über: Blutdruck bei Geisteskrankheit und hält es für erwiesen, dass hoher Blutdruck mit melancholischen Zuständen und niederer mit maniakalischen verbunden ist. Er vermuthet, dass der verringerte Blutdruck auf eine Vergiftung durch Gallenbestandtheile, auf katabolische Vorgänge zurückzuführen sei. Er bezieht sich auf den Vergleich, der zwischen Manie, Schlaf und Träumen gezogen werden kann, verweist auf die Korrelation, die zwischen agitirter Melancholie und Manie zu bestehen scheint und bestätigt durchaus die Behauptung, dass Salzinfusionen in vielen dieser Fälle die richtige Therapie seien.

Robert Jones hielt einen sehr ausführlichen Vortrag: Ueber Psychosen bei Blei-Arbeitern. Nachdem er die Wichtigkeit der Bleivergiftung in ätiologischer Beziehung anerkannt und die verschiedenen Möglichkeiten der Bleiinvasion in den menschlichen Körper erörtert hatte, betonte er, dass die betreffenden Bergleute selten befallen werden; prädisponirend wirken Gicht, Rheumatismus und Geschlecht.

Die Untersuchungen von Lugaro betreffs der Pathologie des Leidens wurden kurz erwähnt; ebenso die Hypothese, dass die Symptome der veränderten Elimination zuzuschreiben seien. Ob diese Veränderungen ursprünglich peripher oder central sind, vermochte er auf Grund eigener Erfahrung nicht zu entscheiden. Nach der sehr detaillirt geschilderten Symptomatologie möchte J. einen dreifachen Typus unterscheiden:

1. Toxämische Fälle mit günstiger Prognose.
2. Hallucinatorische mit im Ganzen günstiger Prognose.
3. Diejenigen, welche allgemeiner Paralyse gleichen, mit häufig günstiger Prognose.

Cormac lenkte die Aufmerksamkeit auf nachstehende seines Erachtens der Verbesserung bedürftige Punkte des Irrengesetzes in Bezug auf neuro-psychische Erkrankungen.

1) Auf den Schutz des attestirenden Arztes gegen gerichtliche Belangung seitens entlassener Patienten unter Hinweis auf die Gefahr eines von ihm erwähnten, erlassenen Urtheils, welches den Beweis einer nicht vorliegenden mala fides dem beklagten Arzte zuschiebt.

2) Auf den Bau von sich wesentlich von Irrenhäusern unterscheidenden Hospitälern, in welchen der Behandlung des erkrankten Nervensystems besondere Beobachtung geschenkt und der Patient in die Freiheit nicht beeinträchtigender Weise behandelt werde. Redner verspricht sich auf diese Weise — ohne seine Ansicht näher zu begründen — Verminderung von Irrthümern. Der dennoch vorkommende kleine Prozentsatz solcher falle unter das Gesetz.

Er stimmte mit allen internen Aerzten betreffs der grossen Wichtigkeit frühzeitiger Behandlung überein und führt zahlreiche Fälle an von Verlusten an Menschenleben durch die unglückselige Gepflogenheit, die Patienten zu Hause zu behalten oder solche durch Luft- und Ortswechsel zu zerstreuen.

Whitewell empfiehlt die Beachtung und Erforschung gewisser Erkrankungen des Herzens mit psychischen Symptomen und beleuchtet solche in nachstehender Klassifikation:

1. Psychische Mitleidenschaft bei akutem Herzleiden.
2. Zustände von Imbecilität bei cardio-vaskulärer Hyperplasie.
3. Zustände geistiger Unreife bei frühzeitigem, angeborenem oder erworbenem Herzleiden.
4. Psychische Alienation bei Klappenerkrankungen im Jünglingsalter.
5. Herz-Delirien bei nicht compensirten Affektionen.
6. Psychische Veränderungen bei akuter Herzschwäche.
7. Psychische Veränderungen bei Herzschwäche und auf Grund fibroider Degeneration im Greisenalter.
8. Pathologische Eupathie, die bei vorgeschritteneren Herzaffektionen vorkommt.

Ueber Organtherapie bei Geisteskrankheiten trug Easterbrook vor auf Grund eingehender, längerer Versuche mit verschiedenen animalen Extrakten bei verschiedenen Psychosen. Von 130 mit Schilddrüsenextrakt behandelten Fällen genasen 12, 26 besserten sich und 89 blieben unverändert. Unter den Genesenen befanden sich Fälle von Myxödem, Stupor, Puerperal- u. Lactations- sowie einfacher u. klimakterischer Melancholie; Parathyroid- und Thymusextrakte hatten keinen Erfolg. Ovarin wurde in 36 Fällen gegeben mit zeitweiliger Besserung in 4 Fällen, sonst ohne Erfolg. Die Gesammtresultate der Organtherapie waren ausser bei myxödematösen und stuporösen Zuständen nicht günstig.

Herfeldt-Werneck.

Referate.

— Recidiv oder nicht? Obergutachten von Oberarzt Dr. Näcke. S.-A. aus Betz' Irrenfreund. 1901.

Ein erblich schwer belasteter, früher an Typhus und Magenleiden erkrankter, seit dem 17. Jahre dem Trunke ergebener, mit ca. 19 Jahren von epileptoidem Anfall heimgesuchter Mann wird mit 29—30 Jahren wegen acuter, nach dem ersten Begutachter auf Potatorium beruhender Psychose im Krankenhause zu X. behandelt und am 21. Tage nach der Aufnahme, da seit mindestens 11 Tagen keine Störungen mehr bemerkt wurden, geheilt entlassen. 3 Tage darnach muss er im weitentfernten Y., ohne in der Zwischenzeit arbeits- und erwerbsfähig sich gezeigt zu haben, wieder für mehrere Wochen wegen ähnlicher acuter Psychose im Krankenhause untergebracht werden. Im Gegensatz zum ersten hält nun der zweite Begutachter in Y. die Psychose nicht für eine neue Erkrankung auf der gleichen trunksüchtigen Grundlage wie früher; vielmehr sei Pat. in einer Inter- oder



Remission aus X. entlassen worden und handelte es sich um eine Fortdauer der ersten Krankheit, und zwar um eine Melancholia agitans hallucinatoria mit dem Charakter der epileptischen Geistesstörung. Da hiernach also Pat. nicht geheilt aus X. entlassen war, so verlangte der Ortsarmenverband in Y. die aufgelaufenen Kurkosten von der Stadt X. Infolge der durch die widersprechenden Gutachten der beiden bekannten und erfahrenen Irrenärzte hervorgerufenen Zahlungsstreitigkeiten zwischen den beiden Behörden wird ein Obergutachten eingefordert, hauptsächlich natürlich zur Entscheidung der Frage: Recidiv oder nicht? N. spricht sich in demselben auf Grund allseitiger Erwägungen dahin aus, dass Pat. muthmasslich Säufer gewesen sei, dass es sich wahrscheinlich um Del. trem., auf alle Fälle aber um acutes alkoholisches Irresein gehandelt habe, dass der vom zweiten Begutachter für seine Schlüsse herangezogene frühere Krampfanfall wahrscheinlich kein epileptischer, sondern ein alkoholischer gewesen sei. Die Reisefähigkeit spreche nicht ohne weiteres für die Genesung, die Erwerbsunfähigkeit in der Zwischenzeit nicht ohne weiteres dagegen. N. schliesst: Bei der zweiten Erkrankung handelte es sich nicht um eine Re- oder Intermission, nicht um eine Fortsetzung des ersten Anfalls, sondern um eine Neuerkrankung aus unklarer Ursache (vielleicht infolge der Reisestrapazen oder erneuten Alkoholexcesses). Ganz sicher erscheint dem Verf. dieser Schlusssatz freilich nicht mehr. Bei der abnormen Kürze des Intervalls sei ein blosses Recidiv oder eine Rekrudescenz des ersten Anfalles nicht völlig auszuschliessen H a h n-Hubertusburg.

— T e t a n i e, L a r y n g o s p a s m u s u n d d e r e n B e z i e h u n g e n z u r R h a c h i t i s von Dr. M. A b e l m a n n. Pet. med. Wochenschr. 6. III. 1901.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, an dem ambulatorischen Material des Elisabeth-Kinderspitals in St. Petersburg den von Kassowitz behaupteten, von Escherich und Loos geläugneten Zusammenhang der Tetanie der Kinder und die Laryngospasmus einerseits mit der Rhachitis andrerseits zu untersuchen. Im Laufe zweier Jahre konnte A. 21 Fälle von Tetanie und 86 Fälle von Laryngospasmus beobachten. Diese wurden sorgfältig auf das Vorhandensein von Rhachitis, das Verhalten der pathognomischen Symptome, des Darmkanals und auf den therapeutischen Erfolg des Phosphors geprüft; das Ergebniss der Einzelbeobachtungen ist in 2 Tabellen übersichtlich wiedergegeben. — In allen Fällen von Tetanie war Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit vorhanden, das Trousseau'sche Phänomen fehlte in 2, die mechanische Erregbarkeit des N. facialis in 3 Fällen; es kann demnach unter Umständen die Diagnose Tetanie nur auf Grund des Bestehens typischer Anfälle gestellt werden, dagegen kann latente Tetanie nur beim Vorhandensein des Trousseau'schen Phänomens angenommen werden. — Beziehungen zur Rhachitis konnten mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden; Rhachitis war in 63,2 % der Tetaniefälle vorhanden, also in einem Prozentsatz, welcher dem durchschnittlichen Verhältniss in den Ambulatorien der St. Petersburger Kinderhospitäler durchaus entspricht; ebensowenig war ein Erfolg der Ph.-Behandlung zu verzeichnen. Wirksam erwiesen sich dagegen warme Bäder und Narcotica. — Eine grosse Rolle als ätiologisches Moment spielten die Darmstörungen (42,1 %); in 2 Fällen traten die Anfälle nach Infectionskrankheiten auf (Masern, Erythema nodosum), in andern ohne jede besondere Ursache. Die Aetiologie der Tetanie der Kinder ist also ebenso mannigfaltig wie die der Tetanie der Erwachsenen und ermangelt nachweisbarer Beziehungen zur Rhachitis.

Ganz anders steht es mit dem Laryngospasmus. Vergesellschaftet mit Tetanie war er in 5,8 %, dagegen fand sich ausgesprochene Rhachitis in 96,5 % und ebenso war der Effect des Phosphors ein eclatanter. — Im Resumé kommt A. demnach zum Schluss, dass der Laryngospasmus kein Symptom der Tetanie ist, sondern zu den krankhaften Erscheinungen der Rhachitis gehört.

— U e b e r d i e D i a g n o s e d e s K o p f s c h m e r z e s von Dr. G. V o s s. (Ebenda.) — Eine knappe und übersichtliche Schilderung der verschiedenen Arten des Kopfschmerzes und der bei der Differentialdiagnose in Betracht kommenden Gesichtspunkte. — Verf. unterscheidet: 1. den rheumatischen, 2. den neuralgischen Kopfschmerz, 3. die Hemicranie, 4. den Kopfschmerz bei functionellen Neurosen (a. Hysterie, b. Neurasthenie, c. im Climacterium), 5. den Kopfschmerz bei organischen Erkrankungen (a. des Hirns, b. der Hirnhäute, c. der Hirngefässe), 6. den Kopfschmerz bei Lues cerebri, 7. den Kopfschmerz toxischer Natur (a. bei Chlorose und Anämie, b. bei Infectionskrankheiten, c. vom Verdauungskanal ausgehend, d. bei Albuminurie und Glycosurie, e. bei chron. Intoxicationen — Alkohol, Blei, Nicotin), 8. den Kopfschmerz nach Trauma, 9. den Kopfschmerz bei Erkrankungen a. der Nase und ihren Nebenhöhlen, b. des Auges, c. des Ohres, 10. den primären, habituellen Kopfschmerz. — Die letztere, nur durch Ausschluss zu stellende Diagnose will Verf. mit Recht möglichst einschränken, da ein Uebersehen der wirklichen Entstehungsursache sehr nahe liegt. — Die Hemicranie hält Verf. mit Moebius für eine idiopathische erbliche Krankheit, leugnet Beziehungen zur Hysterie, lässt aber die symptomatische Migräne als Vorläufer schwerer organischer Hirnerkrankungen gelten und betont die Nothwendigkeit, an diese Form zu denken, wenn die Migräne erst nach dem 30. Lebensjahr auftritt. Ein selbstbeobachteter Fall von plötzlicher unheilbarer Erblindung auf dem dem Kopfschmerz gleichseitigen Auge im Anfall zeigt, dass auch die idiopathische Migräne nicht unbedenklich sein kann. — Mit Recht wird gewarnt, die Klage über Kopfschmerzen bei chlorotischen und anämischen Mädchen leicht zu nehmen, da dieselben Vorboten organischer Leiden sein können. Namentlich darf aber der luetische Ursprung vieler Kopfschmerzformen, welche meist paroxysmenweise des Nachts auftreten und dauernde Schlaflosigkeit verursachen können, nie vernachlässigt werden, weil eine rechtzeitige Diagnose hier lebensrettend werden kann. — Die Harnanalyse ist wegen der Beziehungen zur Nephritis



(namentlich Occipitalneuralgie) und Diabetes nie zu unterlassen ebenso die Untersuchung des Auges. —

H. Dehio.

— R. von Seydlitz, Pierre's Ehe. Psychologisches Problem. München, August Schupp.

Ein junger Mann, Pierre, wird mit einem Mädchen, Jeanne, getraut, das sich stets wie ein wilder Bursche benommen hat und nun vor der Liebe des Gatten, dem es sich nicht hingeben will, durch einen Sprung in eine Schlucht zu retten sucht. Schwere Verletzung, ärztliche Untersuchung, bei der es sich herausstellt: die junge Frau ist, wie Verf. ausdrücklich angiebt, Pseudohermaphroditus masculinus completus. Der folgende Theil der Novelle spielt zwei Jahre später. Die beiden einstigen Eheleute leben als gute treue Kameraden in einer fernen Stadt. Der sexuelle Trieb regt sich in beiden, der Pseudohermaphrodit wird ein Wüstling und Säufer, wegen eines Weibes schlägt der einstige Gatte die einstige Gattin nieder und flieht. Der Pseudohermaphrodit aber wird trotz der Verletzung der Carotis gerettet und führt sein Lasterleben weiter.

Das psychologische Problem der ganzen Geschichte konnte nur gelöst werden durch die Beantwortung der Fragen: welche Aenderungen gingen in Jean-Jeanne vor unmittelbar nach der Entdeckung, dass er ein Mann sei? Und welche Wandlung erfuhr Pierre's ganz natürliche heterosexuelle Liebe durch diese Entdeckung? Aber darüber hat Verf. sich völlig ausgeschwiegen. Das, was nach zwei Jahren geschieht, konnte ebensogut passiren, wenn Jean-Jeanne kein Pseudohermaphrodit war, und hat eigentlich mit dem „Problem" nur noch wenig zu thun.

Ganz unwahrscheinlich klingt es, dass Pierre, der doch bei der Heirath nach einem Weibe verlangte, nun über zwei Jahre seine Befriedigung darin gefunden haben soll, der Kamerad der zum hübschen, etwas zarten Mann gewordenen einstigen Geliebten zu sein. Der natürliche äussere Gang der Sache wäre sicher der gewesen, dass Pierre, nachdem er erfahren, dass seine Jeanne keine Jeanne sondern ein Jean, diesem den Abschied gegeben und sich ein anderes Weib genommen hätte.

In einem Nachwort sucht Verf., der anscheinend an die überzeugende Kraft seiner Dichtung selbst nicht glaubte, seinen Fall wissenschaftlich zu stützen und zitirt — z. Theil unrichtig — verschiedene Bände von Virchow's Archiv, die Berliner klinische Wochenschrift, Eulenburg's Realencyclopädie. Manches, was er da gelesen, hat er aber nicht recht erfasst. W. Hess.

— Krankenvorstellungen aus der Psychiatrischen Klinik in Breslau von Prof. Dr. C. Wernicke. 3. Heft. Breslau 1900. Schletter'sche Buchhandlung.

Verf. skizzirt, analysirt, benennt und beurtheilt hier in mustergiltiger Weise die Symptomencomplexe von 36 im Wintersemester 1899/1900 vorgestellten Krankheitsfällen auf Grund seiner Lehren und berichtet in den Nachträgen kurz über den weiteren Verlauf dieser und der früher veröffentlichten Fälle.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Dubois, Ueber intermittirende psychopathische Zustände. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1901. No. 9.

Höniger, Zur Diagnose der Geschwülste des Stirnhirns. Münch. med. Wochenschr. 1901. No. 19.

Simmonds, Ueber Meningitis tuberculosa bei Tuberkulose des männlichen Genitalapparats. Ebenda.

M. Sander, Zur Entstehung des Selbstmords. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. 1901. No. 9.

M. Gruber, Der Einfluss des Alkohols auf den Verlauf der Infektionskrankheiten. Wien. klin. Wochenschr. No. 20.

Laache, Beobachtungen über den Veitstanz. Fortschr. d. Med. 1901. No. 15.

Rosenfeld, M., Zur Trionalintoxikation. Berl. klin. Wochenschr. 1901. No. 20.

Kleefeld, Untersuchungen über die Wirkung des Alkohols auf die feinen Nervenelemente. Münch. med. Wochenschr. 1901. No. 22, S. 910. (Referat).

Lombroso, Blutdruckschwankungen bei Epileptikern, Verbrechern und Prostituirten. Ebenda. (Referat).

A. Hartz, Literarische Studie über die Lehre und den heutigen Standpunkt der Eklampsia gravidarum. Ebenda. No. 21.

G. Levi, Sulla reazione pupillare, i reflessi tendinei ed i disturbi delle loquela in rapporto all' accesso epilettico. Gazz. degl. ospedali. 1901. No. 59.

Tedeschi, Osservazioni sui riflessi cutanei e tendinei. Ebenda. No. 60.

Potts, A case of transient motor aphasia, complete anosmia, nearly complete agraphia and word-blindness, occurred in a lefthanded man. Journ. of Am. med. Assoc. 1901. No. 18.

W. Muratow, Zur Lehre von der katatonischen Demenz. Medicinskoje Obosrenje. Jan./Febr. 1901.

P. Preobrashenski, Ein Fall von paralytischer Epilepsie. Ebenda.

W. Ihukowski, Angeborene Geschwulst der Glandula pinealis und seltene Form von Hydrocephalus bei einem Neugeborenen. Ebenda.

A. D. Kazowsky, Zur Frage nach dem Zusammenhange von Träumen und Wahnvorstellungen. Neurol. Centralbl. 1901. No. 10.

A. Robertson, Responsability and crime. Brit. med. Journ. 1901. 11. Mai.

A. Dienst, Kritische Studien über die Pathogenese der Eklampsie auf Grund pathologisch-anatomischer Befunde, Blut- und Harnuntersuchungen eklamptischer Mütter und deren Früchte. Centralbl. f. Gynäkologie No. 19.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Unser sehr verehrter Mitarbeiter Dr. Hoppe hat sich in Königsberg als Spezialarzt für Nervenleiden niedergelassen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 12. 15. Juni 1901.

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a.S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Theodor Meynert.

Zur Feier der Enthüllung des Meynert-Denkmales in den Arcaden der Wiener Universität.

Von Prof. Dr. *G. Anton*, Graz.

Hochverehrte Versammlung!

Am 31. Mai 1892, um die dritte Nachmittagsstunde, hat unser grosser Meister Theodor Meynert die irdische Daseinsform beendet und für immer die Augen geschlossen.

Der Tod rief ihn von der Arbeit und von neuen Arbeitsplänen. Ein Arzt, ein Denker, der neue Erkenntniss brachte und neue Wege zeigte, aber auch ein Mensch, gross angelegt und zart empfindend, — so hat er eine erhabene Lebensaufgabe erfüllt als geistiger Arbeiter und doch Raum in der Seele gehalten für ein vertieftes Gemüthsleben, für inniges, menschliches Mitempfinden. Beides zu vereinen ist sehr schwer.

Wohl kannte er die Klugheit, dass die Höhe sich besser erklimmt in frostiger Kühle, und dass beim Licht ohne Wärme der Kraftverbrauch geringer ist, doch lehnte er bewusst diese Erleichterung der Lebensaufgabe ab.

Die Erforschung der tieferen Regungen und Störungen des Seelenlebens brauchen eben gleichzeitig kühnes Denken und weiches Fühlen. So brachte er, gleich dem Märtyrer der griechischen Sage, Menschen Licht und Wärme; muthig und bewusst nahm er die Folge hin, dass die Körperkraft vorzeitig zusammenbrach.

Niemand konnte es ahnen, dass den geistesregen Mann mit dem kühnen, sicheren Gedankenfluge schon eine schleichende Erkrankung dem Tode so nahe gebracht; die seelischen Regungen waren bei ihm stets mächtiger, als die Körperempfindungen, so war er kein emsiger Wächter seiner selbst.

Kaum wird es uns gelingen, durch geschichtliche Darlegung seines Lebensganges und seines Milieus die Entstehung seiner Geistesrichtung und seiner Gedankenwelt zu erklären; es ist schwer, den Werdegang des Genies zu verfolgen. Seine Gedanken überraschten ihn oft selbst mit elementarer Gewalt; er selbst hat uns über die inneren Gründe des geistigen Schaffens sich einmal geäussert: „Die wirkungsvollere Function des Gehirnes wird zur Lust am Funktioniren, zur Freude an dessen höchstem Ergebnisse, an der Erkenntniss.“



Trotzdem scheint es von grossem Belange, über die Herkunft und die geistig vornehme Umgebung Meynert's einige Mittheilungen zu bringen.

Theodor Meynert ist am 15. Juni 1833 in Dresden geboren und in der Hofkirche daselbst getauft. Sein Vater, Hermann Günther Meynert, war ein bedeutender und vielseitiger Schriftsteller, Kritiker und Geschichtsschreiber, welcher vor drei Jahren hochbetagt in Wien verstarb; er hat unter Anderem seinerzeit die erste vollständige Geschichte von Oesterreich (1843 bis 1847) und Sachsen (1835) geschrieben; auch ist seine Geschichte der österreichischen Armee noch heute bedeutungsvoll. Sein Grossvater mütterlicherseits war der berühmte Modellmeister der Meissener Porzellanfabrik, Friedrich Jüchzer. Die Mutter Th. Meynert's war eine angesehene Sängerin des Dresdener Hoftheaters; durch sie erhielt er in der Jugend viel Anregung und Vorliebe zur Musik.

Im Jahre 1841, also mit acht Jahren, übersiedelte Meynert nach Wien, wo er sich fortan seine Heimath schuf. Während der Gymnasialzeit entfaltete sein Lehrer, der Dichter Gabriel Seidl, einen mächtigen Einfluss: „er zeichnete die von früher Jugend an Meynert anhaftende Neigung zur Poesie durch das Zutrauen von Befähigung aus; einzelne Gedichte wurden in der „Aurora", in den „Dioskuren" und im österreichischen Dichterbuch von E. Franzos veröffentlicht.

Meynert's Streben und Lebensansichten aber veranlassten ihn zum Studium der Medicin. Er erwarb den Doktorgrad im Jahre 1861 und habilitirte sich später (1865) als Privatdozent für Bau und Leistung des Gehirnes und Rückenmarkes. Im gleichen Jahre trat er als Sekundararzt in die Wiener Irrenanstalt ein, woselbst er 1866 zum Prosector ernannt wurde. Im Jahre 1868 erweiterte er die Docentur auf die Psychiatrie und wurde zwei Jahre später zum Professor und Vorstande der in der Irrenanstalt errichteten Fachklinik ernannt.

Auf dieser Laufbahn hatte er einen treuen Freund und Berather zur Seite, der seine hohe Begabung erkannte und durch Vertrauen ermuthigte, anregte und seinem Bestreben vollen Beifall zollte; es war kein Geringerer als Rokitansky; auch dieser billigte das ernste Bestreben des jungen Meynert: „der Psychiatrie durch anatomischen Grundbau den Charakter einer wissenschaftlichen Disciplin aufzuprägen."

Als Meynert 1874 eine Berufung an die psychiatrische Klinik nach Zürich und zur Direktion der dortigen Irrenanstalt erhielt, wurde er durch die Neueinrichtung der jetzigen psychiatrischen Klinik im Allgemeinen Wiener Krankenhause für Wien erhalten; diese Klinik übernahm er in demselben Jahre. Erst zwölf Jahre später (1887) gelang es ihm, die organisch so eng dazu gehörige Abtheilung für Nervenkranke seiner Klinik anzufügen, eine Vereinigung, deren Nothwendigkeit in Berlin schon 22 Jahre vorher (1865) Rechnung getragen wurde. Erst mit dem 54. Lebensjahre gelang es ihm also, ein vollständiges Substrat für seine Aufgaben als Arzt, Lehrer und Forscher zu erringen!

Als bereits der Ruf seiner bahnbrechenden Arbeiten in Deutschland, Russland, England, Frankreich verständnissvolles Echo gefunden, als sein Name auch weit über dem Ocean von den Fachgenossen respectirt wurde, fehlte es auch im Vaterlande an äusseren Ehren nicht.

Von den Eltern her waren ihm bereits die Anlagen zu höherer geistiger Entfaltung überkommen; die lebendige Tradition der Eltern sowohl, wie der Verkehr mit seelisch bevorzugten Menschen in Haus und Schule haben bei ihm eine culturelle Vorarbeit geleistet; die allseitige Durchbildung, das hohe sprachliche Ausdrucksvermögen, das feinere Empfinden, das sind Errungenschaften seit der Jugendzeit, die auch in seinen Arbeiten stets zu Tage traten. Auch späterhin war ihm das seltene und hochzuschätzende Glück zu Theil, in seiner nächsten Umgebung Verständniss und Anregung zu finden. Seine geistvolle Gemahlin, geborene Johanna Fleischer, war ihm nicht nur treue Gefährtin, sondern erfolgreiche Mitarbeiterin; was sie ihm war, lassen folgende Verse ahnen, die er Jahre nach ihrem Tode ihrem Bilde, ausgeführt von der begabten Künstlerin Molly v. Miller-Aichholz, widmete:

„So starb ein Genius der Frauen. —
Verwundet und der Heilkraft baar,
Will ich was ist und kommt nicht schauen,
Ich will nur schauen, sie, die war.
Die Welt scheint mir nur kahle Wüste,
Dies Bild nur als Oase blüht,
Die Menschheit eine kalte Büste,
Die Büste einzig haucht Gemüth."

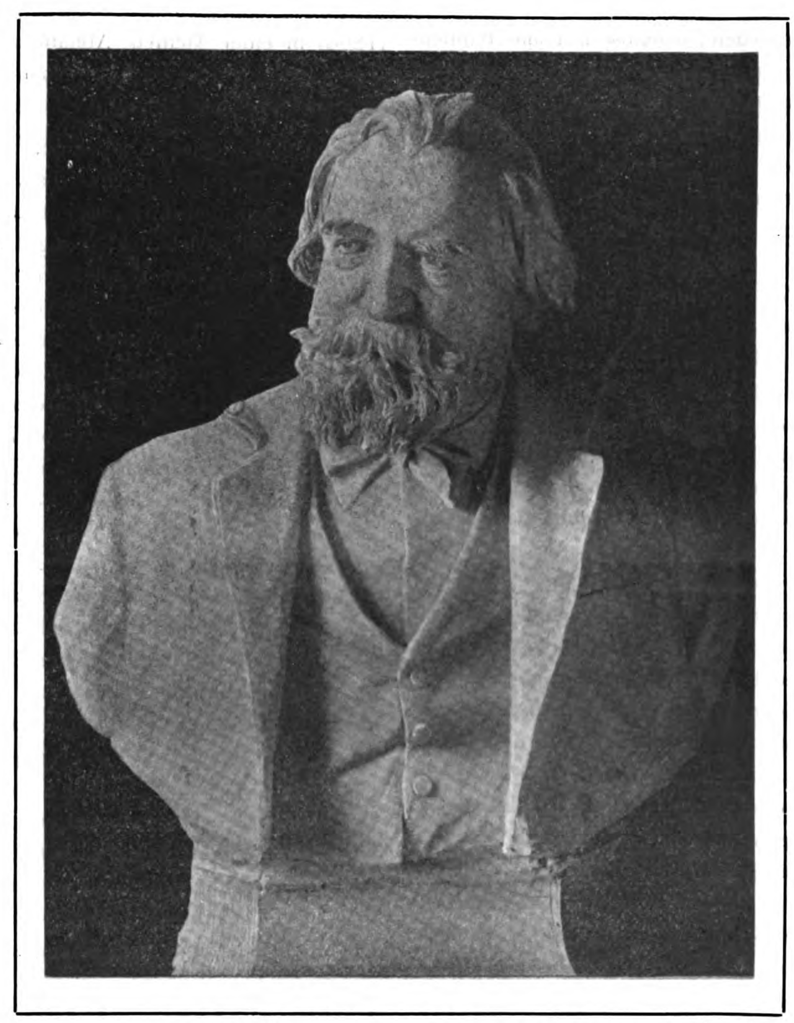
Doch sie lebte in ihm fort in ebenbürtigen Kindern, Theodor, Theodora und Johanna; diese brachten ihm neuen Lebensinhalt, Lebenstrieb und neues Schaffen. Dank ihnen! Denn die Flugkraft dieses hohen Geistes wäre — wie wir Alle wissen — erlahmt, wenn sein Gemüthsleben verdorrte. Viel muthiger klingen die Verse (1879) an seine Tochter Theodora, das Ebenbild der Mutter:



„Von der Naturkraft Zauberschein umwebt,
Seh ich Vergangenes sich mit Zukunft einen —
Durch tief empfundenen Keim belebt,
Ein Wesen zweimal in der Zeit erscheinen."

In späteren Jahren fand Meynert eine hochsinnige Gefährtin, eine Mutter seiner Kinder im edelsten Sinne des Wortes in Frau v. Strassnicky. Ihr ausgeglichenes, wahrhaft frommes Wesen brachte ihm Hilfe und Trost, als der Tod ihm seinen einzigen Sohn und später sein liebreizendes Töchterlein nahm. Auch in schwerster Trauer, beim unersetzlichen Verluste hatte Meynert festen Halt in seiner Philosophie und in neuer Arbeit.

Und als der Tod ihm selbst sich nahte, da hatte



Meynertbüste, modellirt von Theodor Khuen.

die Furcht keinen Eintritt zum Sterbebette. Längst bedacht und ruhig erwartet, sank für ihn selbst der Tod zur Bedeutungslosigkeit herab; als ein Punkt und Strich in der strahlenden Gedankenschrift des Denkers.

Als Meynert sich der Psychiatrie widmete, empfand er, wie seine Zeitgenossen, dass die Kenntniss des Organes fast fehlte, um dessen Function und Störung es sich handelte, also die fundamentale Voraussetzung für eine ärztliche Wissenschaft.

Das berühmte Lehrbuch des verehrten Anatomen Hyrtl ist ein Document für das Dürftige der Gehirnanatomie in der vormeynert'schen Zeit.

Während in der Erforschung der Functionen sich neues Leben regte mit den Arbeiten von Fritsch, Hitzig, Golz, Munk, Nothnagel, Exner, blieb es in der Anatomie zumeist bei der localen Beschreibung, selten wurde der Zusammenhang und das Zusammenwirken der Gehirntheile erörtert.

Die Vorgänger Meynert's in Oesterreich, Deutschland waren Burdach, Stilling, Reichert, Türk,

Henle; doch „erst seit Meynert ist das Gehirn beseelt“.

Die Abfaserung und die Anfertigung von Schnitten genügten nicht, um im tiefdunklen Labyrinth der Gehirnbahnen, im kunstvollsten und complicirtesten aller Gewebe sich zurechtzufinden. Schon in den ersten Arbeiten ersann Meynert eine eigenartige, neue Methode. Er stellte Querschnitte durch den Vierhügel und Gehirnstiele, woselbst fast alle Bahnen vertreten sind, die von und zum Gehirn ziehen, von verschiedenen Thierspecies nebeneinander. Er wählte das Känguruh mit den verkümmerten vorderen Gliedmaassen und den enormen Bein- und Beckenmuskeln, andererseits Fledermaus und Maulwurf mit den vorwiegend entwickelten Arm- und Handmuskeln. Den grösseren Organen entsprachen auch im Gehirn reichlicher entwickelte Nervenbahnen. In einfachen Diagrammen und Messungen konnte er nachweisen, dass in den motorischen Bahnen, die Beine innen, nahe der Mittellinie des motorischen Feldes, die Arme aussen vertreten sind, eine Localisation, welche seither mehrfach bestätigt wurde. Um die sensiblen Bahnen zu eruiren, erinnerte er daran, dass kleine Thiere verhältnissmässig mehr Oberfläche haben, als grosse, denn die Oberfläche braucht nur nach den Quadranten zu wachsen, der Inhalt aber nach den Cuben. Die sensiblen Hautnerven müssen daher im Centralorgane bei kleineren Thieren relativ reichlicher vertreten sein. Durch einfache Messungen und Vergleiche einfacher Schnitte kam er gegenüber gewichtigen Vorgängern zum Ergebnisse, dass der breite Strang im Gehirne, die Schleife, als sensible Leitungsbahn zu betrachten sei; mit einfachen Methoden hat er von seinen Zeitgenossen am zutreffendsten erkannt, wie das complicirte System des Kleinhirns sich mit dem Grosshirn und Rückenmark verflechtet. Die seither vorgeschrittene Schnitttechnik konnte bestätigen, dass die sensiblen Stränge des Rückenmarkes in gleicher und in gekreuzter Verbindung mit den Kleinhirnstielen verlaufen.

Durch die Verfolgung der sensiblen und motorischen Bahnen nach dem Grosshirne zu, konnte er als Erster aussprechen, dass die sensiblen und sensorischen Bahnen zu den hinteren Antheilen, die Bewegungsnerven aber zu den vorderen Windungen des Grosshirns ziehen; damit erhielt die Lehre von der Localisation der Gehirnfunctionen und von den verschiedenen Leistungen der Windungen des Grosshirns eine feste anatomische Stütze. Dies zu einer Zeit, als noch der grosse Physiologe Golz, gleich Fourens, es negirte, dass die Thierexperimente im Sinne einer Localisation der Gehirnfunction zu deuten sind.

Später (1872) hatten seine Untersuchungen über den mikroskopischen Bau der Gehirnrinde und seiner örtlichen Verschiedenheiten den Nachweis gebracht, dass die Rindengebiete der Gehirnoberfläche nicht nur durch verschiedene Verbindungen, sondern auch durch evidente Unterschiede in der Structur voneinander abweichen.

Einen monumentalen Fortschritt brachte Meynert (1869) in einer kleinen Abhandlung von 14 Seiten über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarksursprunges aus dem Grosshirne.

Lange Discussionen waren geführt, ob die Werthigkeit eines Gehirnes in der psychischen Reihe der Thierwelt vom absoluten oder relativen Gewichte oder von seiner Oberflächenentfaltung abhänge; Meynert hat einen leichten Maassstab hiefür aufgestellt. Die zum Gehirne aufsteigenden und die dort entspringenden Bahnen — das Projectionssystem — stellen eine zweitheilige Masse dar, die obere die Haube, die untere den Fuss des Gehirnstieles; die erstere stellt die Fortsetzung dar aus den basalen Ganglien; der Fussantheil aber enthält die Fasern, die direct mit dem Grosshirn zusammenhängen. Letztere, die Grosshirnbahn, ist beim Menschen absolut proportional viel höher entwickelt, sie stellt gewissermassen die Bilanz dar für den höheren Gehirntypus, der den Menschen auszeichnet. In der Haubenbahn verlaufen die reflectorisch vom Gehirn ausgelösten Bewegungen, in der Bahn des Fusses verlaufen die Bewegungsimpulse vom Grosshirne. Für die ganze Neurologie war dabei die Entdeckung und Bewerthung der Thatsache wichtig, dass die Grosshirnbahn beim Säuglinge noch nicht fertig ist, dass sie später als andere die Markhülle der Nervenfasern erhält. Zuerst entfalten sich die reflektorischen Bewegungen und später kommt es mit Entwicklung der Grosshirnbahnen zur selbsterzeugten Wiedergabe bewusster und zusammengesetzter Bewegungen.

Im Gehirne existiren also zwei verschiedene Leitungsbahnen und Systeme für reflektorische und für willkürliche Bewegungen. Diese Thatsache ist nicht nur für die Naturgeschichte des Menschen von weittragender Bedeutung, sondern ein wichtiger Behelf für die Diagnostik vieler Gehirnkrankheiten.

Meynert hat selbst daran schliessend die Bewegungen bei Tobsucht (Manie) einer Analyse unterzogen und dabei dargethan, wie nahe verwandt das innere Aufleben solcher Bewegungsimpulse dem Phänomene der Hallucinationen ist.

In dieser Abhandlung findet sich bereits die



Mittheilung, dass die Haubenbahn aus dem Sehhügel und Vierhügel zur gekreuzten und zur gleichen Seite der tieferen Nervenorgane zieht, während die motorische Grosshirnbahn sich einfach zu kreuzen scheint. Meynert hat auch zuerst ausgesprochen, dass die Fortsetzung der empfindungsleitenden Bahn nahe oder in jenen Windungen enden, von welchen eben die Fasern für die willkürlichen Bewegungsimpulse den Ursprung nehmen (Gegend der Centralwindungen).

Nach Meynert ist der Wille eine Leistung, die sich secundär allmälig im Gehirne entwickelt und ermöglicht. Die Aeusserung von Willen setzt voraus: Bewegungsanschauungen, Bewegungsvorstellungen, welche im Entstehen innigst verwandt sind mit den Sinnesanschauungen und Sinnesvorstellungen.

In seinem grösseren Buche vom Gehirne der Säugethiere, früher schon in der bekannten Psychiatrie von Leidesdorf, brachte er in systematischer Darstellung eine erstaunliche Summe neuer Thatsachen bei, welche aufzuzählen die knappe Zeit verbietet.

Niemals blieb sein Geist jedoch an Einzelheiten gebannt, stets zum Ganzen, zum Ueberblicke strebend, frug er stets nach den gegenseitigen Beziehungen, dem Zusammenwirken der Gehirntheile; so stellte er nicht nur den Aufbau des Gehirnes klar, wie keiner vor ihm, er brachte auch Uebersicht in das Nebeneinander der Theile, er vermochte den Bau und die Leistungen dieses Organes gleichzeitig zu beleuchten.

Das Labyrinth der Millionen Nervenfasern im Gehirne, dessen Verlauf und Beziehungen sich der anatomischen Erkenntniss, ja sogar der mathematischen Fassungskraft zu entziehen schien, hat Meynert übersichtlich geordnet. Er sonderte die Bahnen in solche, welche die einzelnen Theile der Gehirnrinde miteinander verbinden (associiren) und in solche, welche den Verkehr des Grosshirnes mit der Aussenwelt vermitteln, „die gleichsam durch die Fühlfäden der Nerven das Weltbild auf die Halbkugeln des Gehirnes projiciren“, diese Ordnung im Associationssysteme und Projectionssysteme ist auch heute noch ein Wegweiser für Jeden, der nach Bau und Leistung des Organes fragt, welches dem Körper das belebte Dasein bewirkt.

Der Philosoph F. A. Lange bemerkte zu Meynert's Darstellung des Gehirnbaues: „Das ist eben der Vorzug einer wirklich lichtvollen, klar ordnenden Morphologie, dass sie uns unmittelbar auch einen Blick in die Function öffnet.

Wenn auch mancher Baustein, den er für sein wissenschaftliches Gebäude verwendete, hinfällig wurde, so war doch das ganze Kunstwerk so meisterhaft erdacht, so vielseitig gestützt, dass dasselbe auch derzeit nach Jahrzehnten nichts Gleichwerthiges zur Seite hat. Die technisch besser bewaffneten Forscher und Fachgenossen von heute staunen über die grossen Erfolge, welche Meynert mit so einfachen Mitteln erzielte; auf ihn selbst traf es eben zu, womit er das Genie charakterisirte: „als die geringere Fehlbarkeit der Gedanken“.

Auch die grobe Gestaltung der Gehirnoberfläche hat Meynert in allen Theilen anatomisch studirt. Er lehrte unter Anderem erkennen, dass nicht das Stirnhirn allein dem Menschenhirne die distinguirte Gestalt gebe; durch Wägungen und Vergleich bewies er, dass auch Schläfenhirn und die hochentwickelten Inselwindungen dem Gehirne und damit auch dem menschlichen Schädel die Höhe verleihen. Als die Forschungen Munk's das scheinbar enttäuschende Resultat gaben, dass das Stirnhirn die Rumpfmuskeln innervirt, da erläuterte Meynert seinen Schülern, dass ja mit dieser echt menschlichen Muskelleistung der aufrechte Gang gegeben ist, dass durch das Freiwerden der Hände und Arme vom Ganggeschäfte die Entfaltung complicirter Bewegungen ermöglicht wird.

Die Culturgeschichte aber hat gerade in den letzten Jahrzehnten erwiesen, dass das ganze menschliche Culturwerk mit der freien und feineren Innervation und Entwicklung der Hand innig verknüpft ist. Und weiter lehrt Meynert, dass durch den aufrechten Gang die ganze Körperform beeinflusst wird, insbesondere das Becken, welches (wie Zuckerkandl nachwies) wiederum beim Werden des Menschen und bei der Geburt die Formirung des Schädels und Gehirnes beim Kinde bestimmen hilft. Und weiter scheint es der aufrechte Gang zu sein, welcher uns von der Hauptquelle der Gerüche, vom Boden entfernt, dadurch die Geruchsreize vermindert und hiemit eine Verkümmerung des Geruchsystems im Laufe der Generationen bewirkt. Andererseits erhebt der aufrechte Gang den Gesichtssinn zur Macht und vermag den Entgang von Geruchseindrücken für die Orientirung im Weltbilde mehr noch als zu compensiren.

Bei den Fachgenossen Meynert's, die mit Bewunderung auf ihn sahen, regte sich mitunter der Einwurf: Anatomie sei noch keine Psychiatrie. Doch wer will dem Genie die Wege vorstecken, die es zu wandeln hat? Meynert hat in der That erst vorwiegend der Vorarbeit sich gewidmet, das Gehirn zu verstehen, dessen Krankheiten er später mit grossem Erfolge zu erläutern hatte. Auch die berühmte Schule



der Wiener Kliniker ging — wie Wunderlich in dem Nachrufe von Rokitansky sagte — aus dem Leichenhof hervor.

Der junge Meynert lässt (1856) in einem Hymnus an Vesal diesen die Worte sagen:

„Ich will Gedanken in die Leichen säen,
Und vieler Geister Brot soll d'raus entstehen."

Er hat damit seine eigenen Erfolge prophezeit. Aber frühzeitig hat er durch seine Arbeiten über Kleinhirnatrophie (1864), über Sehhügelerkrankung, über Sprachstörung (1866), über Gesammt- und Theilgewicht des Gehirnes (1866) gezeigt, dass er auch mitten in den rein ärztlichen Bestrebungen stand. Besonders die letztere Arbeit brachte eine neue Methode der Gehirnzergliederung und der Wägungen der einzelnen Theile des Grosshirns, welche auch jetzt noch maassgebend ist. Mit seltener Productivität brachte er bis in die letzten Jahre kleinere Arbeiten über locale und functionelle Erkrankungen des Centralnervensystems; seine Jahresberichte, seine Publicationen über Skizzen im Umfange der klinischen Psychiatrie (1876) und seine Fortschritte im Verständniss der krankhaften psychischen Gehirnzustände (1878) werden in Fachkreisen von Jung und Alt mit gleichem Eifer und Erfolg gelesen.

Das Hauptwerk der späteren Zeit war seine Psychiatrie als Lehre von den Erkrankungen des Vorderhirnes (Bär) und seine speciellen klinischen Vorlesungen über Psychiatrie.

Die Diction selbst ist für fliessende Lecture nicht geeignet — es sind aber auch die schwersten Fragen der menschlichen Seelenkunde und Krankheitslehre, welche Meynert hier anging.

Wernicke sagt über Meynert's Styl: Höchstens in mathematischen Formeln konnte sonst irgendwo ein ähnlicher Reichthum an Inhalt und Gedanken in ähnlich concentrirter Form vorgetragen werden. Nimmt man das Buch nach Jahren wieder zur Hand, so hat man Freude daran, wie nur an den ewig jungen unvergänglichen Schöpfungen der grössten Geister aller Zeiten.

Vielleicht trifft auch die Kritik eines anderssprachigen Psychiaters und Schülers Meynert's, (Professor Kuffner's) zu, dass die Bücher Meynert's nicht Schulbücher, sondern Evangelien für Psychiater sind.

Der grösste Kenner des Gehirnbaues hat hier den ersten Versuch gewagt, durch Heranziehung der bekannt gewordenen Thatsachen über das Gehirnleben die Psychiatrie auf anatomische und physiologische Basis zu bringen. Er begnügte sich nicht, Symptome zu beschreiben und Sectionsbefunde zu protokolliren, sondern unterzog sich der fruchtbaren Arbeit, das erkrankte Organ selbst noch lebend in Function sich vorzustellen. Gerne hat er dabei eingeräumt: „dass die Anschauung klinischen Erscheinungen vorausgehen müsse, den Grundlagen ihres Verständnisses; das Finden der Grundlagen ist ja eben geleitet von dem Bedürfnisse, die Erscheinungen zu durchdringen".

Gerade bei der unzählig variirenden Symptomatik der seelischen Erkrankungen war er mit seinem ausgeprägten Sinn für das Wesentliche geeignet, Zusammengehöriges und Gesetzmässiges zu eruiren. Seine Schilderungen der Tollheit (Manie), der hallucinatorischen Verwirrtheit (Amentia), seine Forschung über die Paralyse gehören zu den besten in der klinischen Psychiatrie.

Sein stetiges Bestreben, von der Beschreibung zur Erklärung vorzuschreiten, hat ihn natürlich auch genöthigt, Vermuthungen zu formuliren.

Eine der fruchtbarsten Hypothesen ist jene, dass der principiell verschiedene Bau der Blutgefässe am Gehirnstamme und am Grosshirn es bewirkt, dass bei Circulationsstörungen und Vergiftungen diese beiden Hauptbestandtheile des Gehirns sehr verschieden in Mitleidenschaft gezogen werden; dadurch aber wird die Functionsbeziehung aller dieser Gehirntheile in Unordnung gebracht, eine Störung des Zusammenwirkens der niederen und höheren Nervenstationen, welche richtige Wahrnehmungen, geordnetes Denken und normale Stimmungslage beeinträchtigen muss.

Meynert's Bedeutung ragt aber weit über die anatomische und ärztliche Wissenschaft hinaus. Er hat nicht nur mächtig dazu beigetragen, dass das Wissen und Können der Psychiater endlich ein System und Fundament erhalte; dass die kommende Generation bereits Wegweiser und Visirlinien zu weiterem Fortschritte vorfindet; er hat auch durch sein leuchtendes Beispiel dargethan, dass die Psychiatrie durch ihr Forschungsobject an sich vor Einseitigkeit bewahrt und zur Erweiterung des wissenschaftlichen Blickfeldes drängt.

Sowie die einzelnen Körperorgane im Gehirne ihre centrale Vertretung finden, so nöthigen die Erkrankungen des Gehirnes, auch nach allen Störungen im Körperorganismus zu fragen, welche eben im Gehirne zur Wirkung und zur Wahrnehmung gelangen.

So reift in der Psychiatrie ein tiefer und natürlich begründeter Schutz heran, auf dass das vernünftige Princip der Arbeitstheilung in der medicinischen Wissenschaft nicht zur trennenden und beschränkenden Mauer werde.

Der eigenartige Inhalt, nicht pedantische Ab-

grenzung hat die Lehre von den Seelenstörungen zur Wissenschaft erhoben; ihr Bildungswerth aber erhöht sich dadurch, dass sie sich als belebende und ergiebige Vereinigung fernerer Wissenschaften bewährt, dass sie gewissermassen als Knotenpunkt die Kraftlinien vieler geistigen Bestrebungen zu neuer Wirkung entfalten lässt.

Insbesondere ist es das Vereinigungsgebiet mit der normalen Seelenkunde und der Gesellschaftslehre, wo derzeit die wichtigsten und actuellsten Probleme der Menschheit zur Klärung und Lösung drängen.

Auf diese Höhen der Wissenschaft zog es seit Jahrtausenden die tiefsten Denker, dorthin rief auch Meynert seine innerste Artung und Begabung. Er war ein Philosoph, der sein Denken der unerbittlichen Controle der Thatsachen unterwarf, der niemals eine hohle Symbolik und gelungene Gleichnisse für die Lösung der Probleme nahm. Er unterlag nicht dem Denkfehler, Worte und Abstractionen für wirkliche Dinge zu nehmen, zu personifiziren. Nicht befangen durch die Schulbegriffe der Psychologie ging er daran, aus dem von ihm selbstdurchleuchteten Bau des Gehirnes sich die elementaren und zusammengesetzten Leistungen desselben zu reconstruiren und verständlich zu machen.

Fast schien es die Furcht vor dem groben Materialismus zu sein, welche viele Psychologen abhielt, Kenntniss jenes Organes zu erstreben, um dessen Function seit Jahrtausenden die Frage ging. Meynert schürfte nicht an der Oberfläche, sondern fuhr muthig ein in den gemiedenen Schacht und was er herausförderte war eine geläuterte idealistische Weltanschauung, eine vertiefte Einsicht in das Wesen und die Berechtigung der Moral. Nicht aus metaphysischen Voraussetzungen, sondern aus unserer innersten Organisation heraus begründete er das Wesen, die Nothwendigkeit und den Fortschritt menschlicher Gesittung.

Parallel dem Aufbau und der Entwicklung des Gehirnes lehrte er verstehen, dass sich auch die vielfache Summe aller Leistungen, welche wir mit dem einen Worte Persönlichkeit bezeichnen, sich allmählig aus den einfachsten bis zu den complicirtesten Vorgängen entwickelt. Die Sinneseindrücke, die Körpergefühle und deren Nachbilder werden in uns innig verkettet und neu belebt, sie constituiren sich zu einer primären Seele (körperliches Ich). Im Verlaufe des Lebens werden neue Vorstellungen intensiv und dauernd, die sich auf die Aussenwelt beziehen; die Mittheilung durch Sprache und Lehre, die organisch begründete menschliche Mitempfindung, die Vorstellungsgruppen, die der Beruf, die Kunst, die Wissenschaft, welche die menschliche Gegenseitigkeit hervorrufen und erhalten — diese geben den Inhalt einer erweiterten secundären Seelenthätigkeit (secundäres Ich).

Er war also von dem Bedürfnisse geleitet, auch die subjectiven Erlebnisse nach ihrer Entwicklung aus dem Einfachen zum Mannigfaltigen zu ordnen.

Plan und Landkarte des Gehirnes weisen ja kategorisch darauf hin, dass im Nervensysteme einfache Vorgänge stufenweise bis zu unüberschaubaren Leistungen sich aneinanderreihen. Der Bau und die Entwicklung des Gehirnes gaben Meynert den Leitfaden, auch die Entstehung und Entwicklung der seelischen Leistungen zu visiren. Er gab eine mächtige Anregung, nach dem Elementaren und nach der Entwicklung der psychischen Leistungen zu fragen; eine Psychogenese, eine Entwicklungsgeschichte der Menschenseele zu schaffen.

Bereits ist in unseren Tagen seit Flechsig's Arbeiten die Hoffnung begründet, dass wir einen gesetzmässigen Parallelismus von Gehirnentwicklung und von seelischen Fortschritten kennen lernen werden.

Doch die realistische Forschung liess Meynert nicht vergessen, dass wir von den Objecten an sich keine Kenntniss haben können, dass die äusseren Einwirkungen in der Gehirnrinde lediglich nur als Veränderungen tieferer Nervenstationen zur Wahrnehmung gelangen.

Gerade der tiefere Einblick in das Leben des Gehirnes hat ihn darüber belehrt, dass die äusseren Einwirkungen im Gehirne ganz andere neue Vorgänge bewirken, dass hier eine subjective Gestaltung und Transformirung des Weltbildes vor sich gehen muss, kurz, dass den Erscheinungen der äusseren Dinge nur Zustandsänderungen unseres Bewusstseins entsprechen. Es war nur konsequent, dass Meynert auch den eigenen Körper unter diese Erscheinungen der Aussenwelt verweist.

Diese Sätze deuten auch den Weg an, der Meynert durch die objective Forschung zur idealistischen Weltanschauung führte. Zum gleichen Ziele waren vorher Rokitansky und Helmholtz gelangt; diese gewaltigen Naturforscher haben die Höhen der Weltauffassung von Kant-Schopenhauer auf neuen Wegen erklommen und weiter entwickelt. Gleich ihnen hat Meynert als Naturforscher den unkritischen Realismus in sich überwunden. Er der ἴατρος φιλόσοφος im Sinne Aristoteles' hat in seinem Lebenswerke dargethan: Reale Forschung und metaphysisches Bedürfniss können wohl vereint und wohl vereinbar in einer Seele leben und schaffen.



Wir sind am Ende; klein und dürftig war die Schilderung Meynerts im Vergleiche zur Riesenarbeit seines Lebens. Wir schliessen mit den Worten, die wir Schüler dem verehrten Meister nachriefen ins Grab:

„Dein Leib ist uns entrückt, Deine Seele weilt immerdar unter uns, denn Du hast uns durchgeistigt und beseelt.

Du lebtest für die Arbeit und Deine Arbeit wird fortleben durch die Jahrhunderte. Die Arbeit hat Dein Leben geadelt, Deinen Tod verschönt und Dein Andenken geheiligt. Der beste Adel hat Dich geziert, den Dir grosse und hohe Gedanken und ein bleibendes Verdienst um die Menschheit verliehen. Der Genius hoher Begabung hat Dir nicht Ueberhebung, sondern vermehrte Pflichten gebracht und von Deiner seltenen geistigen Höhe aus hast Du — mehr als andere — auch die schlichte Arbeit und den Arbeiter geehrt. Mit Stolz wird der Deutsche Dich nennen, wenn er mit Andacht die Galerie grosser Ahnen überschaut, mit freudigem Stolze kann der Oesterreicher sagen: Du warst unser und mit Eifer und Pietät werden wir Schüler trachten, dass Du unser bleibst.

Draussen am heimathlichen Donaustrande, wo viele Deiner Lieben ruhen, suchtest Du einst Wiederanschluss an Deine ideale Jugend, als sich mit Silberhaar Dein Scheitel deckte; hier an dieser geweihten Stätte der Wiener Universität, wo man von staatswegen mit hochsinnigem Verständnisse durch Künstlerhand Dein Bild und Denkmal erstehen liess, hier suche die Jugend innigen Anschluss an Deine gereifte Lebensarbeit und an Deine Ideale von der Wissenschaft im Dienste der Menschheit."

Mittheilungen.

— Der Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen hielt am 23. Mai im Evangelischen Vereinshause zu Dresden seine diesjährige Mitgliederversammlung ab. Der Vorsitzende, Herr Geh. Med.-Rath Dr. Weber-Sonnenstein, erstattete in eingehender Weise den Bericht über das abgelaufene erste Geschäftsjahr 1900. Danach hat die Gesammtzahl der Mitglieder bereits die stattliche Höhe von 1880 erreicht und wurden an Mitgliederbeiträgen und einmaligen Geschenken 4026 Mark 72 Pf. gesammelt, wovon eine Reihe von hilfsbedürftigen entlassenen Geisteskranken Unterstützungen erhalten konnten. Den Kassenbericht erstattete Oberinspektor Höckner-Hochweitzschen. Die Mitglieder des Vorstandes wurden in denselben wiedergewählt. Herr Geh.-Rath Dr. Weber erörterte im Anschluss an seinen Bericht: die Bedeutung und Aufgaben der Irrenhülfsvereine und die Schwierigkeiten, welche sich der Thätigkeit ihrer Mitglieder entgegenstellen, sowie die Mittel und Wege, diese Schwierigkeiten zu überwinden. Ein Jahresbericht wird demnächst den Mitgliedern zugehen. —

— Auf dem in den letzten Tagen des Monat Mai in Nürnberg stattgehabten Congress deutscher Strafanstalts-Beamten referirte Bezirksarzt Dr. Schäfer-München über die Frage „Welche besonderen Einrichtungen sind in den Strafanstalten für Epileptiker zu treffen? Sollen sie von den übrigen Gefangenen getrennt — beisammen in gesonderten Abtheilungen — dürfen sie in Einzelhaft gehalten werden? Welche Arten von Beschäftigungen empfehlen sich für sie?" Er führte aus, dass sich diese Frage nicht durch Reglements erledigen lasse, da Verwahrung und Behandlung eines Epileptikers sich ganz nach dem Charakter des Leidens im Einzelfalle richte. Geisteskranke Epileptiker seien der Irrenanstalt oder einer Anstalt für geisteskranke Verbrecher zu überweisen, diejenigen Epileptiker hingegen, welche an nur selten auftretenden Anfällen leiden und in der Zwischenzeit geistig normal seien, der gewöhnlichen Hausordnung in der Strafanstalt zu unterwerfen ev. in dem Strafanstaltslazareth zu verpflegen; die Zahl der letzteren beläuft sich auf 34—38% der Gefangenen (in Plötzensee 25 unter 182 Gefangenen). Einzelhäftlinge sollen genau auf epileptische Anfälle untersucht werden und ev. in Gemeinschaftshaft und zwar unter gutartige Gefangene versetzt werden. Lasse sich ein Epileptiker Verstösse gegen die Hausordnung zu Schulden kommen, so solle er mit Nachsicht und Wohlwollen behandelt und seine geistige Minderwerthigkeit berücksichtigt werden. Dr. Schäfer schlug die Annahme folgender Thesen vor:

„1. Epileptische Gefangene mit geistiger Störung jeder Art müssen dem Irrenhaus, event. einer Anstalt für epileptische Irre überwiesen werden. 2. Epileptische Gefangene mit seltener eintretenden Anfällen ohne geistige Störung können in gemeinsamer Haft bleiben und sind der Hausordnung unterworfen. 3. Epileptische Gefangene mit gehäufteren Anfällen, seien diese Anfälle typischer Natur oder als epileptoide Störungen auftretend, müssen von den übrigen Gefangenen abgetrennt in der Spitalabtheilung, oder besser auf der Invalidenabtheilung verwahrt bleiben. 4. Halten der epileptischen Gefangenen in der Einzelhaft ist in allen Fällen ausgeschlossen. 5. Bei der Beschäftigung von epileptischen Gefangenen sind alle Beschäftigungsarten zu vermeiden, welche ihnen Gefahren bereiten können, wenn sie von dem Anfalle betroffen werden. Es sind alle schweren körperlichen Ueberanstrengungen und alle Betriebsarten zu vermeiden, wie Beschäftigungen am Feuer, am Wasser, oder mit maschinellen Motoren. Am Geeignetsten sind für diese Gefangenen leichte Arbeiten im Sitzen, Stehen und ganz vornehmlich landwirthschaftliche oder sonstige Arbeiten im Freien."

Auf einen Antrag des Sanitätsrath Dr. Leppmann, Arzt der Irrenabtheilung der Straf-Anstalt Moabit in



Berlin, wurden die Thesen 3 und 4 gestrichen und die Resolution mit folgendem Zusatz angenommen: „Die Versammlung erkennt an, dass die mit Epilepsie behafteten Gefangenen einer besonderen individuellen Behandlung bedürfen.“

— **Wien.** Es finden jetzt hier Berathungen wegen Erlassung eines Irrengesetzes statt. Auf Grund eines Referates, das Prof. Wagner v. Jauregg im obersten Sanitäts-Rathe erstattet hatte, haben die Ministerien des Innern und der Justiz in gemeinsamer Berathung eine Anzahl von Fragen zusammengestellt, die einem fachmännischen Comité zur Beantwortung überwiesen wurden. Diesem Comité gehören an: ausser dem Genannten, Hofrath v. Krafft-Ebing, Professor Benedikt, Prof. Anton, Prof. Pick, Regierungsräthe Dr. Tilkovsky und Dr. Hinterstoesser, ferner der Director der Irrenanstalt Dobran Dr. Hrase und der Director der Lemberger Anstalt Dr. Neisser. Dieses Comité hatte am 1. u. 2. Juni Berathungen, in denen die Fragepunkte im Allgemeinen erörtert wurden und Referenten für die einzelnen Punkte bestellt wurden. Die Referate werden im October einer eingehenden Discussion unterzogen werden.

— **Ungarn.** Der Ministerpräsident Koloman Szell hat an alle Gemeindebehörden einen Erlass gerichtet, wonach bis Mitte August 1901 eine Konscription aller Geisteskranken im Lande stattzufinden hat. Die Konscription wird unter Mitwirkung der Physici nach Maassgabe der vom Minister des Innern ausgegebenen Zählbogen geschehen. Die Aerzte haben die als geisteskrank oder idiotisch etc. bezeichneten Individuen persönlich zu untersuchen, damit die Statistik eine ganz zuverlässige Grundlage erhält. Eine besondere Rubrik ist der Frage des Alkoholismus gewidmet, der zum Gegenstand nationalökonomischer und administrativer Verfügungen gemacht werden soll.

— **Preussen.** Auf Veranlassung der zuständigen Ministerien wird eine Enquête über diejenigen Personen veranstaltet, welche in den Jahren 1898 bis einschliesslich 1900 auf Grund des § 81 der Strafprocessordnung und im Jahre 1900 auf Grund des § 656 der Civilprocessordnung in Folge Anordnung des Gerichtes zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand in öffentlichen Irrenanstalten beobachtet worden sind. Durch diese Enquête wird eine grosse Lücke unserer Statistik ausgefüllt werden und sich unter anderem auch die Frage beantworten lassen, wie gross in Preussen die Zahl der Fälle ist, bei welchen der Strafausschliessungsgrund des § 51 R. Str. G. zur Anwendung kam. Ueber diesen Punkt haben, wie uns das Reichsjustizamt im April d. J. auf eine Anfrage mittheilte, Ermittlungen bisher nicht stattgefunden.

Einige Anhaltspunkte gewährt dieser und jener Anstaltsjahresbericht, wo die Prozentzahl der vor der Aufnahme mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathenen Kranken berechnet wird; doch lässt sich daraus die Gesammtziffer nicht annährend schätzen, da manche Anstalten verbrecherische Geisteskranke garnicht oder nur in geringer Zahl aufnehmen.

So waren z. B. in Dalldorf 1894/95 bei einem Zugang von 1097 Kranken 175 mit dem Strafgesetz in Conflikt gerathen, 1895/96 von 1074 Kranken 161, 1899 von 1448 Aufgenommenen 286. —

Interessante auf diesen Punkt bezügliche Notizen finden wir im Bericht des K. württembergischen Medizinalkollegiums „über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische auf das Jahr 1898“ (Stuttgart 1900); in demselben heisst es (unter Berechnung des Prozentsatzes auf die Zahl der Aufgenommenen):

Mit dem Strafgesetzbuch kamen überhaupt in Conflikt

1898	1897	1896	1895	durchschnittlich 1894/1897
15,7	9,0	10,1	11,3	11,3

davon vor der Erkrankung

1898	1897	1896	1895	durchschnittlich 1894/1897
6,7	3,8	5,9	3,8	4,6

davon nach der Erkrankung

1898	1897	1896	1895	durchschnittlich 1894/1897
9,0	5,2	4,2	7,5	6,7.

Von 1894—97 hat also eine Abnahme des Prozentsatzes stattgefunden, im Jahre 1898 ist derselbe erheblich angestiegen. — Von den 47 im Jahre 1898 mit den Strafgesetz collidirten waren 20 vor der Erkrankung collidirt, davon 14 bestraft, 27 nach der Erkrankung, davon 9 bestraft. Diese letzte Ziffer betr. die Bestrafung nach der Erkrankung ist in hohem Grade bemerkenswerth und es wäre zu wünschen, wenn auch in den übrigen bundesstaatlichen Ressorts des Irrenwesens nachgeforscht würde, wieviele Personen nach dem Beginn geistiger Erkrankung gerichtlich bestraft worden sind, d. h. mit anderen Worten, bei wieviel Geisteskranken das Leiden nicht rechtzeitig erkannt und demzufolge der Strafausschliessungsgrund **nicht** angewendet worden ist.

Bresler.

— **Aus Jahresberichten.** Staatsirrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg, vom Jahre 1900: Aus hygienischen Gründen und aus Gründen der Ordnung ist für die neu aufgenommenen Kranken eine Lazarethkleidung eingeführt worden; dieselben tragen ihre eigene Kleidung erst dann, wenn über ihren Verbleib in der Anstalt verfügt worden. — Ferner erhält das Pflegepersonal Schuhe mit Gummisohlen für Sitz- und Nachtwachen in den mit Parquetfussböden ausgestatteten Krankenzimmern und Schutzmäntel für die Nachtwachen. — Besichtigung der Anstalt durch die Commission des Medicinal-Collegiums für das Irrenwesen. —

An hülfsbedürftige, beurlaubte und entlassene Kranke resp. an hülfsbedürftige Angehörige in der Anstalt befindlicher Kranker u. s. w. wurden im Jahre 1900 13 104,65 M. verausgabt aus den Zinsen und dem Kassensaldo der Dr. Julius-Stiftung und der Unterstützungs-Kasse (das Kapital dieser beiden beträgt 333 815,88 M.) und aus Zinsen aus dem W. P. Möller-Testament.



Referate.

— Ueber Migräne. Von Dr. Alexander Spitzer in Wien. Jena, G. Fischer, 1901. 119 S. gr. 8°.

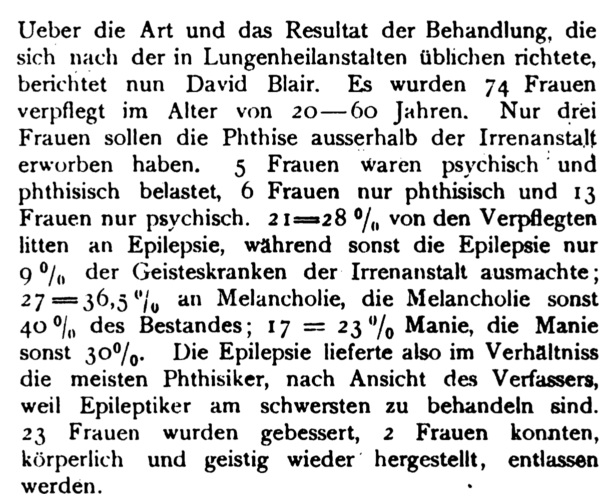
Verf. bespricht eingehend an der Hand der umfangreichen Literatur die bisher aufgestellten Theorien über Ursprung und Wesen der Migräne und kommt zu der Ueberzeugung, dass keine derselben eine befriedigende Erklärung des Krankheitsbildes giebt. Er stellt nun eine eigene Theorie auf, die sich zwar weder auf anatomische Befunde gründet, noch auf physiologische Versuche, die aber, wie er meint, alle in Betracht kommenden Erscheinungen befriedigend erklären würde. Er nimmt an, dass eine Stenose des Foramen Monroi die dauernde pathologische Veränderung bei Migräne-Kranken sei. Der einzelne Anfall würde dann ausgelöst durch eine Einklemmung des Plexus chorioideus in das verengte Foramen Monroi, als deren Folge dann Stauung des Kammerwassers und hierdurch Dehnung des Seitenventrikels und weiterhin der ganzen Hemisphäre sein würde. Durch die Dehnung wird die Hirnrinde gereizt: es entsteht die Aura; sobald dann die geblähte Hemisphäre an die Dura mater drückt, entsteht der Kopfschmerz. Weiteres Ansteigen des Druckes presst nun den Liquor cerebrospinalis aus der Hirnsubstanz heraus, drückt diese selbst zusammen und bewirkt dadurch eine Erweiterung des Foramen Monroi. So wird schliesslich dem Kammerwasser der Abfluss wieder eröffnet. Wird nun durch das herausstürzende Kammerwasser ein Theil des Plexus mit hinausgedrängt, so bleibt dieser zunächst ausserhalb des Foramen Monroi liegen und verhindert eine neue Einklemmung. Erst wenn die wiederkehrende Elasticität der Gewebe auch diesen Theil in den Seitenventrikel zurückgezogen hat, kann eine hyperämische Schwellung des Plexus von neuem einen Anfall hervorrufen. Je häufiger solche Anfälle eintreten, umsomehr werden die Ränder des Foramen Monroi gedehnt, um so mehr verlieren sie an Elasticität und schliesslich bleiben sie dauernd erweitert, sodass eine Einklemmung des Plexus chorioideus nicht mehr möglich ist: dann ist die Migräne geheilt.

Verfasser zieht diese Theorie auch heran zur Erklärung des Krankheitsbildes bei Hirntumoren, beim epileptischen und beim paralytischen Anfall sowie bei der periodischen Okulomotorius-Lähmung und sucht hierdurch wieder neue Stützen für seine Anschauung zu gewinnen — überzeugender als alles dies würde es freilich wirken, wenn thatsächlich an der von ihm bezeichneten Stelle die vermutheten anatomischen Veränderungen nachgewiesen würden.

Stegmann-Dresden.

— Bericht über das „Journal of mental science." Aprilnummer. London 1900.*)

Vor etwa vier Jahren hatten sie in Lancaster ein Krankenhaus gebaut, in das die in der Irrenanstalt von acuten Infectionskrankheiten betroffenen verbracht werden sollten. Da aber Mangel an solchen Kranken war, wurden die Tuberkulösen dorthin übergeführt.


Ueber die Art und das Resultat der Behandlung, die sich nach der in Lungenheilanstalten üblichen richtete, berichtet nun David Blair. Es wurden 74 Frauen verpflegt im Alter von 20—60 Jahren. Nur drei Frauen sollen die Phthise ausserhalb der Irrenanstalt erworben haben. 5 Frauen waren psychisch und phthisisch belastet, 6 Frauen nur phthisisch und 13 Frauen nur psychisch. 21=28 % von den Verpflegten litten an Epilepsie, während sonst die Epilepsie nur 9 % der Geisteskranken der Irrenanstalt ausmachte; 27 = 36,5 % an Melancholie, die Melancholie sonst 40 % des Bestandes; 17 = 23 % Manie, die Manie sonst 30%. Die Epilepsie lieferte also im Verhältniss die meisten Phthisiker, nach Ansicht des Verfassers, weil Epileptiker am schwersten zu behandeln sind. 23 Frauen wurden gebessert, 2 Frauen konnten, körperlich und geistig wieder hergestellt, entlassen werden.

Verfasser glaubt, dass die Fliegen, die sich auf die Sputa niederliessen, viel zur Verbreitung der Phthise beitrügen. Auch auf die Katzen ist er nicht gut zu sprechen. Eine, die die abscheuliche Gewohnheit hatte, Sputa aufzulecken, wurde standrechtlich erschossen. Die Katzen sollen die Sputa an ihrem Pelz herumstreichen.*) Das thut aber nicht, was eine wohl erzogene bürgerliche Hauskatze ist. Seitdem die Thaten der bösen Mücken bekannt geworden sind, entgeht nichts mehr von dem Gethier, was da kreucht und fleucht, dem misstrauischen Auge des Forschers.

Verfasser kennt die Schwierigkeit, bei Geisteskranken, besonders im Beginn, die Phthise zu diagnostiziren. Er verlässt sich da auf Wage und Thermometer.

Harry Campbell behandelt das Fühlen. Die Gefühle sind der Grundstock, auf dem sich das ganze psychische Leben des Menschen aufbaut. Die Individualität der Menschen beruht auf der Verschiedenartigkeit ihres Fühlens. Bei jedem Menschen ändert sich die Lebhaftigkeit des Fühlens mit den Jahren, sie ist am grössten in der Pubertätszeit, um dann abzunehmen und schliesslich im Alter einem mehr indifferenten Fühlen Platz zu machen. Man kann dem Verfasser Recht geben, wenn er meint, dass die pessimistische und optimistische Stimmung bis zu einem gewissen Grade von der körperlichen Verfassung des Individuums abhänge, wie Möbius dies bei Schopenhauer nachgewiesen hat, aber auch nur bis zu einem gewissen Grad. Leute, die, wenn sie nur genug zu essen und zu trinken haben, mit immer heiterer Miene in die Welt hineinsehen, die doch voll Niederträchtigkeit und Elend ist, machen einen sonderbaren Eindruck. Denen gegenüber stellt Verfasser eine andere Sorte Menschen, deren Fühlen immer, auch ohne äusseren Anlass, von einem Misston durchzogen ist.**)

Wie sehr das Fühlen die Grundlage alles geistigen Wesens ist, beweisen nach Verfasser die vielen religiösen Sekten, deren Glauben lediglich auf ihrem Fühlen beruht, wenn sie auch mit Zungenfertigkeit die angebliche Wahrheit ihrer einzig wahren Kirche

*) Diese Nummer schmückt das Bildniss von Ludwig Meyer aus der Bildergalerie der Münch. Med. Wochenschrift.

*) In dem katzengesegneten Hördt habe ich nie so was gesehen.

**) Fides precedit intellectum, credo ut intelligam (Anselm).

zu beweisen sich bemühen.**) Ferner, wie verschieden ist nicht der Eindruck, den Natur und Kunst auf das Gemüth ausübt! Warum die Menschen einander nicht verstehen, rührt von der Verschiedenheit ihres Fühlens her. Auch darin hat Verfasser Recht, wenn er schildert, wie die Art und Richtung der Gedanken vom Fühlen bestimmt und gefärbt wird. Auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten sind es besonders Melancholie, Manie und Paralyse, deren Aeusserungen am auffälligsten den Einfluss der veränderten Stimmungslage erkennen lassen.

Die Gefühle geben auch in letzter Linie den eigentlichen Anstoss zum Handeln. Allerdings im Normalzustande scheint ihre Rolle hinter der Verstandesthätigkeit zurückzubleiben, aber die impulsiven Handlungen enthüllen den gewaltigen Einfluss des Gefühlslebens. Wie sehr immer das Gefühl im gegebenen Augenblick den entscheidenden Ausschlag giebt, geht auch daraus hervor, dass die Menschen hinterher anders handeln als sie geredet haben. „Sie predigen, was sie denken, sie thun, was sie fühlen." Auf Deutsch heisst das nach Heine: „Sie predigen öffentlich Wasser und trinken heimlich Wein." Auch die Geschichte zeigt, wie sehr die Massen von ihrem Fühlen, nicht von ihrem Denken bewegt werden.

Das primitivste Gefühl ist das Allgemeingefühl, die Resultate der verschiedenen Empfindungen. Verfasser erörtert seine Beziehungen zur Körperbeschaffenheit, seine Abhängigkeit von der chemischen Zusammensetzung des Blutes und der verschiedenen Körpersäfte, also auch der Nahrung und Drogen. Sie alle enthalten Reizmittel, deren Wirkung auf das Nervensystem das Allgemeingefühl und damit auch die Art des Denkens bald hebend, bald herabsetzend beeinflusst. Der Paralytiker und der Alkoholiker sind manisch erregt, weshalb der Verfasser auf eine gewisse Identität der auf das Nervensystem einwirkenden Gifte, die beim Paralytiker ja durch Selbstvergiftung des Körpers entstehen sollen, schliessen zu dürfen glaubt.

Campbell Clark untersuchte die Sprache der Epileptiker. Er theilte die Störungen ein in 1) Aphemie und Dysphasie, die fehlende oder mangelhafte Fähigkeit zu sprechen, abhängig von Störungen im Coordinationscentrum der betr. Muskeln, 2) Amnesie, 3) Agraphie, 4) Bradylalie und 5) Echolalie. Amnesie und Dysphasie sind besonders vor und nach Anfällen deutlich ausgesprochen. Die gemüthlichen Erregungen lassen die sprachlichen Störungen am deutlichsten hervortreten. Characteristisch sind auch das Mienenspiel und die Gestikulationen der Epileptiker beim Sprechen. Sie verrathen die grosse Energie, die der Epileptiker aufbieten muss, um die Coordinationsstörung im Sprachcentrum zu überwinden. Besonders auffallend ist das wiederholte Ansetzen und die Ungeschicklichkeit im Ausdruck. Die meisten Epileptiker, die Verfasser untersuchte, waren sich der Störung wohl bewusst und beschrieben sie auch richtig.

**) Dass es sich hier um Degenerirte handelt, beweist die Vererbung. Ich erinnere mich eines Mannes, der immer eine gedrückte, missmuthige, unzufriedene Stimmung zeigte, ohne dass er etwa im philosophischen Sinne Pessimist gewesen wäre, denn er war ein billiger Denker. Sein Sohn war sehr reizbar und hatte ein impulsives Wesen. Die Töchter waren normal.

Eine interessante Statistik über die Beziehungen zwischen Selbstmord und Alkoholismus in England veröffentlicht W. C. Sullivan. Die Zunahme des Alkoholkonsums auf den Kopf ergiebt folgende Zusammenstellung:

	Spirituosen.	Bier.
1842—46:	0,89 g.*)	20,0 g.
1847—51:	1,0	21,0
1852—56:	1,06	22,1
1857—61:	0,96	23,8
1862—66:	0,92	27,1
1867—71:	0,99	28,9
1872—76:	1,22	33,3
1877—81:	1,11	29,4
1882—86:	0,99	27,3
1887—91:	0,97	28,7
1892—96:	1,0	29,9
1897:	1,03	31,4
1898:	1,05	32,0

Zahl der Selbstmorde auf eine Million Einwohner

1861—70	1871—80	1881—90
65	70	77

Das ist in der letzten Periode eine Zunahme von über 18% gegenüber der ersten.

Zahl der Selbstmordversuche auf eine Million Einwohner:

1867—71	1892—96
35,5	57,9

Also eine Zunahme von über 78%.

Um den Grund für den höheren Procentsatz der Selbstmordversuche zu finden, untersucht Verfasser den Einfluss von Geschlecht, Alter, Jahreszeit und Religion. Das Durchschnittsverhältniss der weiblichen Selbstmorde zu den männlichen macht 25%, der Selbstmordversuche (Zeitraum 1893—97) 27,1%. Das Geschlecht spielt also kaum eine Rolle. Die Zahl der Selbstmorde der über 45 Jahre alten männlichen Personen beträgt 55,6%, die höchste Zahl liefert das Lebensalter von 45 bis 55 Jahren. Dagegen machen die Selbstmordversuche der unter 40 Jahre alten Männer in den letzten fünf Jahren 46,7% aus, den Gipfel nimmt hier das Lebensalter von 30 bis 40 Jahren ein. Bei den Frauen fällt die höchste Zahl der Selbstmorde auf das 35. bis 45. Lebensjahr, die der Versuche auf das 21. bis 30. Was den Einfluss der Jahreszeiten betrifft, so nehmen Selbstmorde und Selbstmordversuche gleichmässig vom Winter zum Sommer zu, vom Sommer zum Winter ab. Als Beispiel von der Einwirkung der Religion beruft sich Verfasser auf das vorwiegend katholische Irland. Dort kamen im Jahre 1896 auf eine Million Einwohner 28 Selbstmorde und 37 Selbstmordversuche. Daraus schliesst Verfasser, dass der Katholizismus zwar die Zahl der Selbstmorde herabdrückt, aber gegenüber den Versuchen relativ wirkungslos bleibt. Welche Todesart mit Vorliebe beim vollzogenen oder versuchten Selbstmord gewählt wird, kann Verfasser nur an einem kleinen Materiale selbstbeobachteter Fälle zeigen. In 143 Fällen von Selbstmordversuchen wurden in 57,3% Ertränken und Vergiften dem Hängen mit 7,6% vorgezogen, während sonst bei den Selbstmorden das

*) g = Gallone, 1 g = 4,5 l.

hängen die beliebteste Todesart bildet, aber doch nur wieder im höheren Lebensalter. So gaben sich in England im Jahr 1890—91 von unter 45 Jahren alten Männern den Tod durch Erhängen 33,5%, durch Ertränken 47,5%, durch Vergiften 50%. In Selbstmordversuchen wird nach Verfasser mehr zu impulsiveren Todesarten gegriffen. Diese Impulsivität verrate sich auch in der grösseren Zahl der Selbstmordversuche in den jüngeren Jahren gegenüber den Selbstmorden in den höheren Lebensjahren.

In welchem Verhältniss Alter, Selbstmord und Alkoholismus zu einander stehen, zeigt folgende Tabelle.

Wenn auf eine Million Einwohner in den bezüglichen Lebensaltern je 100 Selbstmorde männlicher Personen entfallen, so sind in folgendem Verhältniss Alkoholiker, Wirthe, d. h. Alkoholiker kat'exochen und Landleute, als die am wenigsten veralkoholisirte Klasse betheiligt:

Lebensalter	25—	35—	45—	55—	65—
Alkoholiker	181,9	188,6	131,7	147,4	157,2
Wirthe	260,3	246,8	166,9	156,2	100,9
Landleute	64,2	68,8	70,6	78,1	86,6

Ferner lässt sich an der Hand der Statistik beweisen, dass die Selbstmordversuche, die ja in früheren Lebensaltern die Zahl der Selbstmorde überwiegen, hauptsächlich auf Alkoholismus beruhen. Der Alkoholismus prädisponirt bekanntlich zu impulsiven Handlungen.

In einer andern Tabelle giebt Verfasser eine Liste der verschiedenen Berufsarten in ihrer Stellung zum Alkoholismus und Selbstmord. Im Allgemeinen kann man auch hier eine Zunahme der Selbstmorde mit der Zahl der Alkoholiker feststellen, wenn es auch Ausnahmen giebt, da ja der Alkoholismus nicht die einzige Ursache des Selbstmordes ist. Eine solche Ausnahme machen die Aerzte, Uhren- und Instrumentenmacher, bei denen die Zahl der Selbstmorde verhältnissmässig viel höher ist als die der Alkoholiker. Die Obst- und Gemüsehändler dagegen stellen viele Alkoholiker, aber nicht entsprechend Selbstmörder. —

Conford bespricht an der Hand von Krankengeschichten die Beziehungen zwischen körperlicher und geistiger Erkrankung. Von den körperlichen Erkrankungen führt er besonders an Herz- und Gefässkrankheiten, Krankheiten der Brust- und Bauchorgane, Phthise und Glykosurie. Verfasser hält es für schwierig, festzustellen, inwiefern diese Krankheiten das Irresein hervorrufen, sicher ist nur, dass sie es ungünstig beeinflussen. Manchmal wird auch die Art und Richtung des Irreseins von der körperlichen Erkrankung bestimmt. Ein an Pleuritis Erkrankter hatte die Vorstellung, die Lungen seien weg. Leber- und Magenaffectionen beim Alkoholiker führen zum Vergiftungswahn. Taube neigen zu Verfolgungsvorstellungen. Störungen des Gemeingefühls geben Anlass zum Wahn der Aenderung der Persönlichkeit. Ferner fand Verfasser, dass diese physisch-psychisch Erkrankten in starkem Procentsatz belastet sind, so dass also eine körperliche Erkrankung das widerstandsschwache Gehirn leichter in Mitleidenschaft ziehen muss. Ganter.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

American-Journal of Insanity, April 1901, enthält:

Francis O. Simpson: Some Points in the Treatment of the Chronic Insane.

William H. Buckler: Notes on the Contracts and Torts of Lunatics, with Special. Reference to the Law of Maryland.

J. T. Searcy: Heredity.

George J. Preston: Insane or Criminal.

A. R. Moulton: Death of an Insane Man from Fracture of Skull and Hemorrhage of the Brain; Skull Abnormally Thin.

E. B. Delabarre: The Relation of Mental Content to Nervous Activity.

Richard Dewey: Mental Therapeutics in Nervous and Mental Diseases.

Chas. A. Drew: Signs of Degeneracy and Types of the Criminal Insane.

Fritsch: Ueber die forensische Bedeutung des Alkoholismus. Wien. klin. Rundschau No. 21.

Tilkowsky, A.: Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den niederösterreichischen Landesirrenanstalten. Ebenda.

Hirschl, J. A.: Die juvenile Form der progressiven Paralyse. Wien. klin. Wochenschr. No. 21.

Raimann, A.: Ueber alimentäre Glykosurie. Ebenda.

Benedikt, M.: Die Nervenerkrankungen durch Verletzung. Wien. med. Wochenschr. No. 21.

Knapp, L.: Hemianopsie bei Eklampsie. Prag med. Wochenschr. No. 21.

Bourneville und Laurens. Idiotie myxoedémateuse; traitement thyroidien. Progrés médicial 1901. No. 23.

Delamare G.: Les accidents nerveux de la blennorrhagie. Gaz. de Hôpitaux. No. 57.

Eklampsie, Diskussion darüber auf dem IX. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Münch. med. Wochenschr. No. 23.

Hänel: Ueber acute progressive Paralyse. Ebenda S. 951. (Ref.).

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Dr Frey, bisher Assistenzarzt an der Prov.-Irren-Anstalt Schwetz a. W., ist seit dem 1. Juni ds. Js. als Kreisassistenzarzt in Beuthen (Oberschlesien) angestellt worden.

— Unser sehr geehrter Mitarbeiter, Herr Geh. Rath Kornfeld-Grottkau ist als Gerichtsarzt an das Landgericht Gleiwitz berufen worden.

— In Wien habilitirte sich Dr. Friedrich v. Sölder für Psychiatrie und Neurologie.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 13. 22. Juni **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau.

(Aus einem Reiseberichte).

Von Dr. *Jos. Starlinger*, Primararzt der n.-ö. Land.-I.-A. Wien.

Die freie Pavillonanlage als typischer Baustil für Irrenanstalten ist heute wohl zur unanfechtbaren Thatsache geworden. Im Uebergangsstadium der 80er Jahre finden sich wohl noch wenige grösser angelegte Centralabtheilungen, die an das alte Corridorsystem erinnern, und gedeckte Verbindungen zwischen den einzelnen Pavillons, aber das alles liess man in der Folge fallen und fand keine weitere Nachahmung.

Die einzelnen Anstaltsobjecte trifft man bei den meisten neueren Anstalten in der Regel heute in einer typischen Gruppirung. Das Administrationsgebäude mit der Kirche oder Festsaal, Küche, Maschinenhaus, Werkstätten, Wäschhaus in einer Linie hintereinander gelegen trennen die meist völlig symmetrisch angelegten Kranken-Pavillons der Männer-Frauen-Abtheilung. Zumal dort, wo ein freies, ebenes Terrain volle Freiheit gewährte und die uneingeschränkte Entwicklung gestattete, kann man überall dieses Prinzip durchgeführt sehen.

Diese lineare Anlage hat indessen nicht allgemein Beifall gefunden. Man tadelte die langweilige Regelmässigkeit, man fand sie für eine ländliche Umgebung und nicht selten auch für die ländlichen Bewohner nicht passend und plaidirte mehr für dorfartige Abwechslung und Regellosigkeit.

Das eine wie das andere hat natürlich seinen



Vortheil und hinderte die Aufstellung allgemein gültiger Grundsätze in dieser Hinsicht. Immerhin scheint die strenge lineare Anlage und Regelmässigkeit mehr zu gunsten des dorfartigen Characters verlassen zu werden, was zweifellos den anmuthigen Eindruck nur erhöhen dürfte. Namentlich die reinen Pflegehäuser und die sogenannten Villen lassen sich ohne allen Zwang in jede Gruppirung bringen, während die eigentliche Kranken-Abtheilung, die Aufnahms- und Beobachtungsstation, das Lazareth z. B. sich leichter im Centrum für die symmetrische Anlage eignen.

Triftige Gründe jedoch, die durch die Praxis dictirt wurden, liegen aber für diese äussere Gestaltung kaum vor, maassgebend sind mehr ethische Gründe, um den Gesammteindruck von Irrenanstalten so freundlich wie möglich zu gestalten.

Anders steht es mit der Gruppirung der einzelnen Objecte zueinander, da hat man aus Erfahrungsgründen bestimmte Principien aufgestellt und mit Erfolg durchgeführt.

Noch vor wenigen Jahren verlegte man die Küche möglichst ins Centrum der ganzen Anlage, um die Ausspeisung möglichst rasch überallhin durchführen zu können.

Allein die vielen Zu- und Durchfahrten zu derselben belästigten nicht bloss durch den Lärm die naheliegenden Schwerkranken des Lazareths und der Aufnahmestation, sondern brachten zugleich eine Reihe von Personen mitten in die Anstalt hinein, die mit derselben gar nichts zu schaffen hatten.

Um diesem Uebelstande abzuhelfen, verlegte man alle diejenigen gemeinsamen Anlagen, die irgendwie störend sein konnten (Küche, Werkstätten, Maschinenhaus) an die Peripherie. Damit aber dadurch die Küche nicht zu weit abgerückt wird und von überallher schnell zu erreichen ist, hat man einen einfachen und glücklichen Ausweg gefunden, wie dies in Galkhausen, der neuesten rheinischen Irrenanstalt, schön zu ersehen ist.

Dort bildet das Bauareal gewissermassen ein Oval, und dessen Q u e r a c h s e wurde zur Trennungslinie zwischen Männer- und Frauenabtheilung gewählt; an dem einen Ende dieser Querachse liegt das Administrationsgebäude und an dem entgegengesetzten die Küche. Dadurch wurde diese trotz peripherer Lage vom Centrum nicht sonderlich abgerückt, wenigstens nicht so weit, dass hierdurch für den Anstaltsbetrieb irgendwelche Störungen erwachsen wären, wie die Erfahrung bisher gezeigt hat.

Von der eigentlichen Centralanstalt ist jede äussere Belästigung fern gehalten, die bezüglichen Kranken-Pavillons sind symmetrisch für beide Geschlechter angelegt, geschieden durch den Kirchenplatz.

Diese Lösung der Grundanlage scheint mir von allem, was ich gesehen habe, weitaus am günstigsten zu sein. Sie vereinigt das Nöthige und Schöne in harmonischester Weise.

Selbstredend wird nicht immer und überall sich dieses Ideal allenthalben und uneingeschränkt sich verwirklichen lassen, weil die localen Verhältnisse wesentlich mitbestimmend sind, und zweifellos giebt es noch andere Combinationen, die den Forderungen möglichst gerecht werden, aber diese concentrische Anlage: Mitten die freie Centralanstalt, rechts und links davon die Pflegehäuser und vorne und hinten an der Peripherie die Betriebsobjecte, wird doch immer der leitende Faden bei jeder Neuanlage bleiben müssen.

Mit diesem derzeitigen Standpunkte dürfte die äussere Form und gröbere Anlage der Irrenanstaltsbauten vorläufig ihr Bewenden finden.

Weniger endgiltig aber scheinen innere Anlage und Eintheilung gelöst und allen practischen Anforderungen und Bedürfnissen genügend angepasst zu sein.

Ich möchte mir diesbezüglich zunächst auf eine bei Besuchen von Irrenanstalten häufig gehörte Auskunft zu verweisen erlauben, die da heisst: „Männerabth. = Frauenabth.", letztere vielleicht mit dem Unterschiede, dass sie in der Regel netter und etwas comfortabler gehalten ist und in allem mehr Behaglichkeit erkennen lässt, aber sonst in Bau, und Ausführung und Anlage keinen wesentlichen Unterschied in der Regel aufweist.

Es scheint mir nun, dass mit dieser einfachen Gleichstellung beider Abtheilungen dem wahren Bedürfnisse nicht ausreichend Rechnung getragen wird, zumal nicht in grösseren Anstalten mit einer bedeutenden jährlichen Aufnahme.

Erwägt man, dass beispielsweise in den 3 letzten Jahren in der Wiener Irrenanstalt zur Aufnahme kamen

Männer	Frauen
613	392
643	342
709	463
1965	1197

also durchschnittlich mit einer Differenz von beiläufig 250 pro anno weniger Frauen als Männer, so wird man kaum im Zweifel sein können, dass ein und dieselbe Grösse von Aufnahmestationen beiderseits nicht entsprechen kann.

Dieselbe Erscheinung der ungleichen Aufnahmen ist aber nicht bloss in Wien, sondern auch in anderen



Grossstädten zu beobachten. So nahmen die beiden grossen Irrenanstalten in Berlin, Dalldorf und Herzberge, im Jahre 1897, 917 Männer 506 Frauen resp. 731 Männer 313 Frauen auf. Also auch eine Differenz von mehr als 600 Personen pro anno.

Weniger in die Augen springend ist dieser Umstand in den Provinzial-Anstalten. Aber auch da ist er fast überall, wo directe Aufnahmen ohne Beschränkung gemacht werden müssen, vorhanden, nur relativ verschieden und entsprechend der Zahl der Aufnahmen überhaupt.

Diese Differenz der Aufnahmen nach den Geschlechtern kann fürderhin nicht schlechthin übergangen werden, wenn man die Anstalt den Anforderungen entsprechend anlegen will, und muss schon bei der Grundanlage zum Ausdrucke kommen, indem man zum mindesten die Aufnahmeabtheilung für die Männer-Abth. grösser ansetzt als die der Frauen-Abth., wenn man nicht Gefahr laufen will, dass man alsbald zu Adaptirungen schreiten muss, was für neue Anstalten immer ein misslicher Schritt ist.

Zu demselben Resultat der räumlich nöthigen Differenz zwischen Männer- und Frauen-Abtheilung führt auch die Betrachtung der Aufnahmen nach ihren Affectionen.

So litten an der Wiener Irrenanstalt nach dem Bericht vom Jahre 1900 die aufgenommenen

	Männer	Frauen
Angeb. Blödsinn	6	7
„ Schwachsinn	50	21
Melancholie	5	33
Manie	4	16
Amentia	30	75
Paranoia	83	100
Period. Geistesstörung	8	20
Erworb. Blödsinn	43	58
Paralyt. Geistesstörung	226	53
Epilept. „	37	26
Hyst. „	1	19
Neurasthenie	5	5
Geistesstörung mit Herderkrankung	7	1
Alkoholismus	103	21
Intoxicationen	2	—
Simulation	1	—
Ohne Geistesstörung	4	1
in observatione	4	8
Summa:	709	463

Das ungleiche Krankenmaterial der Frauen- und Männer-Abth. tritt wieder überall mehr weniger deutlich hervor, ganz besonders auffällig aber in grossstädtischen Irrenanstalten, wo der Alkoholismus und die Paralyse einen so bedeutenden Antheil an der Bevölkerung der Irrenanstalten nehmen. Dass auch dieser Umstand baulich nicht ohne Bedeutung sein kann, mag nur um auf die Paralyse hinzuweisen, schon mit dem weiteren Verlauf begründet sein, die wie keine andere Erkrankung so viele unreine und bettlägerige schafft, für die entsprechende Abtheilungen auf der Männer-Abtheilung in grösserem Maasse vorzusehen sind als auf der Frauen-Abtheilung.

Schon diese beiden Momente mögen den Hinweis rechtfertigen, dass die einfache Gleichstellung und symmetrische Anlage von Frauen- und Männer-Abtheilungen nicht gerechtfertigt erscheint.

Wenn es wahr ist, dass die Irrenanstalten der Kranken wegen da sind, und nicht umgekehrt, dann können unmöglich solche Differenzen mit demselben Kleide ihre Deckung finden.

Auch im Innern können beide Abtheilungen nicht gleichgehalten werden, will man beiden Geschlechtern gerecht werden wollen, noch dazu wenn man bedenkt, dass der Aufenthalt für die Mehrzahl nicht bloss ein vorübergehender, sondern jahre-, ja lebenslanger sein muss Man darf deshalb eine Irrenanstalt nie mit einem gewöhnlichen Krankenhause gleichsetzen wollen, wo ebenfalls zwischen Männer- und Frauen-Abtheilungen keine Unterschiede gemacht zu werden pflegen.

Das Milieu der Frau ist und bleibt ein anderes als das des Mannes.

Das moderne Bestreben in der Irrenanstalt geht dahin, die Verhältnisse in derselben den Verhältnissen in der Familie möglichst nahezubringen. Man richtet zu dem Zwecke die Räumlichkeiten freundlich und comfortabel ein und sucht so weit als thunlich den wohnlichen Eindruck durch Bilder, Blumen, Teppiche, Gardinen zu erhöhen. Selbst Fauteuils und bequeme Rohrsessel vergrössern die Annehmlichkeit. Alles recht löblich und gewiss nur zu begrüssen.

Aber das alles macht noch nicht das Wesen des Familienzimmers aus. Trotz allen Luxus und Comfort bleibt die Irrenanstalt das Massenquartier mit der Unzahl seiner Unbequemlichkeiten für den Einzelnen und gar erst für den Geisteskranken, der oft noch weit empfindlicher dafür ist und sich noch weniger zu beschränken versteht. Besonders die Frauen trifft dies ceteris paribus noch mehr als die Männer.

Die Frau unterscheidet sich nicht allein ihrer functionellen Eigenschaften wegen von dem Manne, sie trägt auch hinsichtlich ihrer Charaktereigenheiten, Lebensgewohnheiten, Erziehung etc. ein ganz anderes Gepräge als der Mann.

Unter anderen Begriffen und Zielen, im strengeren Familienanschlusse erzogen und aufgewachsen, wird der Frau das familiäre Leben ein weit grösseres Be-



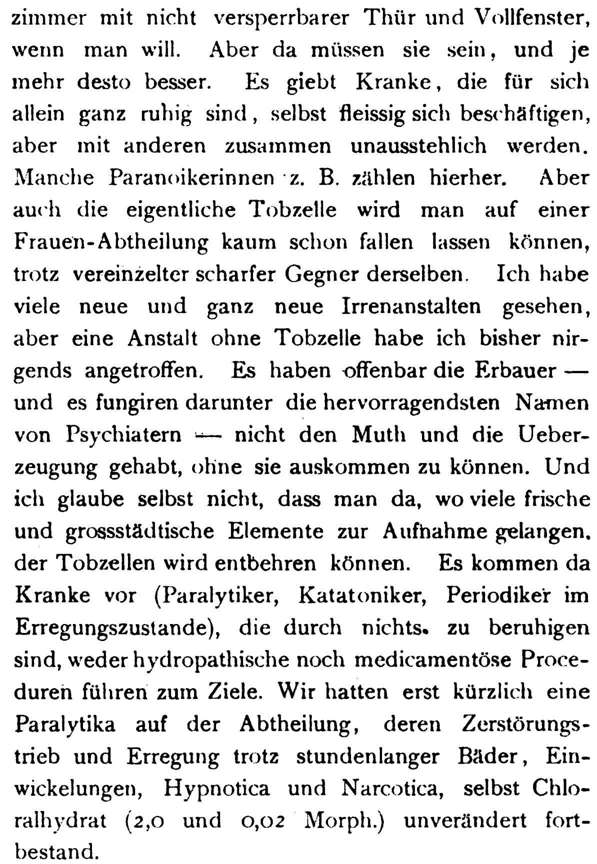
dürfniss sein und bleiben als dem Manne. Ganz besonders gilt dies von der Frau des Kleinbürgers, Handwerkers und Arbeiters, die von Haus aus weniger für das gesellschaftliche Leben erzogen und geaicht ist. Zu diesem familiären Leben gehört aber nicht in erster Reihe Luxus und Comfort, dazu gehört vor allem das „Eigene“, das nur ihr gehört, von dem sie die anderen nach Gefallen ausschliessen kann, wohin sie sich zurückziehen und separiren kann in Bedürfnissfällen.

Man sieht diese Tendenzen auf jedem Zimmer einer Frauen-Abtheilung selbst bei noch so kranken Personen hervortreten. Die Möglichkeit ein Eckchen, eine Fensternische, ein Eckbett, eine Zelle für sich zu gewinnen, es nach eigenem Geschmack ein wenig zurecht zu richten, ist eine häufig genug zu beobachtende Thatsache und oft nicht wenig unangenehm, die sich daraus entwickelnden Rivalitäten befriedigend auszugleichen, zumal Rücksichtslosere ihr Bestreben durch allerlei Androhungen, dass man sonst alles zerschlagen werde, förmlich und direct auch zu erzwingen streben. Die geringere Verträglichkeit der Frauen im allgemeinen und untereinander spielt bei diesem Umstande eine nicht geringe Rolle, die durch grössere Eitelkeit, gesteigerte Empfindlichkeit noch ausserdem genährt wird. Gerade auf Frauenabtheilungen wird man weit öfters in die Lage versetzt als auf einer Männer-Abtheilung, Rivalinnen zu trennen und ausser Verkehr zu setzen.

Dazu kommt endlich der unläugbar üble Einfluss der Menses oder die sonstigen Störungen der weiblichen Geschlechtsfunctionen, durch die die Frau regelmässig alterirt wird und mehr separations- und isolirungsbedürftig erscheint als der Mann. Ein nicht geringer Theil der auf Frauen-Abtheilungen häufigeren Separirungen und Isolirungen als auf der Männer-Abtheilung kommt zweifellos auf diese Eigenheit zu stehen und sie macht es erklärlich, dass Moeli*) in Herzberge bald zur Vermehrung der Separationsräume auf der Frauen-Abtheilung trotz des geringeren Zuganges als auf der Männer-Abtheilung schreiten musste. Ein Fingerzeig, wie wichtig diese Vorkommnisse sind und wie deren Ausserachtlassung sich später straft.

Diese wenigen Hinweise mögen hinlänglich die Nothwendigkeit einer verschiedenen inneren Anordnung und Anlage der Männer- und Frauen-Abtheilung in einer Irrenanstalt vor Augen rücken.

Vor allem muss auf einer Frauen-Abtheilung eine grössere Separationsmöglichkeit geboten sein, als auf der Männer-Abtheilung. Man braucht keineswegs nur an Tobzellen zu denken, sondern an Separations-


zimmer mit nicht versperrbarer Thür und Vollfenster, wenn man will. Aber da müssen sie sein, und je mehr desto besser. Es giebt Kranke, die für sich allein ganz ruhig sind, selbst fleissig sich beschäftigen, aber mit anderen zusammen unausstehlich werden. Manche Paranoikerinnen z. B. zählen hierher. Aber auch die eigentliche Tobzelle wird man auf einer Frauen-Abtheilung kaum schon fallen lassen können, trotz vereinzelter scharfer Gegner derselben. Ich habe viele neue und ganz neue Irrenanstalten gesehen, aber eine Anstalt ohne Tobzelle habe ich bisher nirgends angetroffen. Es haben offenbar die Erbauer — und es fungiren darunter die hervorragendsten Namen von Psychiatern — nicht den Muth und die Ueberzeugung gehabt, ohne sie auskommen zu können. Und ich glaube selbst nicht, dass man da, wo viele frische und grossstädtische Elemente zur Aufnahme gelangen, der Tobzellen wird entbehren können. Es kommen da Kranke vor (Paralytiker, Katatoniker, Periodiker im Erregungszustande), die durch nichts zu beruhigen sind, weder hydropathische noch medicamentöse Proceduren führen zum Ziele. Wir hatten erst kürzlich eine Paralytika auf der Abtheilung, deren Zerstörungstrieb und Erregung trotz stundenlanger Bäder, Einwickelungen, Hypnotica und Narcotica, selbst Chloralhydrat (2,0 und 0,02 Morph.) unverändert fortbestand.

Gehören solche Fälle auch zu den Ausnahmen, immerhin kommen sie vor und man wird deretwegen die Tobzelle nicht ganz entbehren können. Ihre Zahl wird man indessen gewiss einschränken können und das Verhältniss von 1 : 10 wird nicht mehr nöthig sein. Aber nur unter der Bedingung, dass man sie in anderer Weise ersetzt.

Die Irrenanstalt ist eine Specialanstalt im eigentlichsten Sinne des Wortes. Sie muss sich auch dadurch auszeichnen, dass sie wie jede andere medicinische Specialanstalt nicht bloss für alle ihre Kranken überhaupt sorgen kann, sondern in der besten Form zu sorgen versteht.

Eine der vorzüglichsten Eigenschaften einer guten Irrenanstalt ist nun nach meiner Ansicht eben die genügende Vorkehrung für die nöthige Separirung und Isolirung, die nicht mehr bloss in schablonenmässigen und gleichartigen Zellen ihre Befriedigung sieht, sondern verschiedene Formen und Arten von Räumen sich denkt, die neben der Ausscheidung des Kranken auch zugleich alle Bedingungen erfüllt, die zum Schutz und zur Beruhigung derselben dienlich sein können mit anderen Worten, die die strengste Individualisirung zulässt.

Hierher wären zu rechnen vorerst Separations-

*) M., die Irrenanstalt Herzberge. Berlin 1896.



zimmer für 1 oder selbst auch für 2 und 3 Kranke, selbstverständlich mit nicht verschlossenen Thüren und gewöhnlichen Vollfenstern, Parkettboden und einigem Zimmerschmuck. Daran würden sich dann erst die Zellen anschliessen, von denen einige noch schmucklosen Separationszimmerchen ähneln mit etwas festeren Vollfenstern, die übrigen aber, als eigentliche Isolirungsräume, Zellen sind von moderner Ausgabe. Sie alle haben am besten Terrazzoboden, Hartglas-Vollfenster, vollkommen anliegende, unnachgiebige Thüren mit Kugelscharniren und Keilschloss und allgemeinen Emailleanstrich, dessen Farbe licht und freundlich ist. Eine oder die andere von diesen Zellen muss möglichst schalldicht sein, für die Trommler und die acuten plötzlichen Erregungen. Doppelthüren, die innere einflügelig und gepolstert, die äussere ein Doppelflügel, leisten diesbezüglich gute Dienste.

Hier in der Wiener Irrenanstalt befindet sich auf jeder Abtheilung eine sogenannte Polsterzelle (von dem ehem. Director Dr. Schlager angegeben und construirt). Ich will für dieselbe keine Lanze brechen und ich weiss, dass sie keine Nachahmung gefunden hat und wohl nirgends sonst anzutreffen ist. Ich weiss ferner, dass man auch ohne sie auskommt, sie ist also keineswegs absolut nothwendig, aber sie leistet unter Umständen recht gute Dienste und ich erinnere mich, dass einmal vor nicht langer Zeit eine Hystero-epileptica von einer anderen Landes-Irrenanstalt mit der Begründung hierher transportirt wurde, weil hier Polsterzellen vorhanden sind.

Eine wohleingerichtete Irrenanstalt muss aber für alle Fälle geaicht sein und so wie ein Specialist auch für die seltenen Fälle die passenden Instrumente haben.

Aber nicht allein für die Schwerkranken muss in dieser unterschiedlichen Art hinlänglich vorgebaut sein, sondern auch auf den anderen Frauen-Abtheilungen muss der Individualität ausreichend entgegengekommen werden.

Ich denke da vorerst an die Tagräume der ruhigen Abtheilung. Grosse Säle sind nicht gut, zumal ein einziger solcher für die ganze Abtheilung. Zwei kleinere dafür werden sicherlich mehr benutzt und angenehmer empfunden. Schon in seinen gesunden Tagen sitzt der Mensch gerne rückenfrei. Die Mittentische eines grossen Saales werden nur im Nothfalle genommen. Das gilt auch für die Anstalt und dort, wo für einen grossen nicht 2 oder mehrere kleinere Tagräume anzubringen sind, muss man dies anderweitig markiren. In Claybury z. B., wo ziemlich grosse Tagräume existiren, hat man diesem Bedürfnisse dadurch abgeholfen, dass man allerlei erkerartige Ausbuchtungen an den Wänden schuf, in die sich ein oder mehrere Kranke zusammen zurückziehen können, während man die grosse Mitte durch eine hohe Blumenetagere ausfüllte, um die sich wieder einzelne Tischchen und Fauteuils anheimelnd gruppiren.

So oder in ähnlicher Weise soll man schon in der Bauanlage Fürsorge treffen, um der Individualisirung so weit wie möglich gerecht werden zu können, damit auf diese Art die Anstalt selbst zur Medicin wird, die Unruhigen trennt und beruhigt und den Ruhigen die Beruhigung erhält und die Verhältnisse der Familie möglichst wiederbringt.

Es mag paradox klingen, wenn man von Ruhe-Bedürfniss in einer Irrenanstalt spricht. Aber der Lärm ist, wie in jedem anderen Krankenhause, auch in der Irrenanstalt im allgemeinen höchst störend und wird nicht selten überaus peinlich empfunden von den Kranken selbst, wie man sich täglich überzeugen kann. Da sich aber in einer Irrenanstalt derselbe niemals wird wohl kaum ganz vermeiden lassen, muss man alle Mittel ergreifen, um denselben auf das Mindestmaass zurückzuführen und dazu eignen sich kleine Abtheilungen und möglichst viele Separationsgelegenheiten nach meiner Ansicht ganz besonders.

Unliebsame oder wesentliche Nachtheile glaube ich sind nicht ängstlich zu fürchten. Wenigstens versichern Strafhausärzte, die Erfahrungen über das sogenannte irische System der Strafhausanstalten besitzen, dass psychische Schäden aus der Separation nicht erwachsen, sondern dass im Gegentheile dieselbe persönlich meist angenehm empfunden wird. Für die Irrenanstalten trifft übrigens diese Befürchtung um so weniger begründet auf, als es sich da ja selten um länger dauernde Absonderungen handeln dürfte.

Anschliessend hieran mag es vielleicht auch am Platze sein, der Vertheilung der Separations- und Isolirräume zu gedenken.

Im alten Corridorsysteme und noch in vielen neueren Anstalten mit Pavillonanlage, waren alle Isolir- und Separationsräume centralisirt, d. h. in einer Abtheilung oder in einem Pavillon vereinigt, der entweder ganz separirt war, oder wie in Lauenburg z. B. durch einen Gang mit der Aufnahmestation in Verbindung stand.

Die neuesten Anstalten dagegen haben keine solchen Centralstationen mehr, da sind die Separationsräume vertheilt auf die Wach- und Pflegeabtheilungen und meist durch einen gangartigen Schallraum von den Krankenzimmern getrennt.

Ich besitze keine eigene Erfahrung, ob diese letztere Form für alle Fälle genügend absondert und jede Störung ausschaltet, insbesondere ob auch stärkeres



Lärmen hinreichend gedämpft und die Nachtruhe nicht belästigt wird, bis ärztliche Hilfe eintrifft. Ich möchte es schier bezweifeln. Und wenn es auch für kleinere Verhältnisse ausreichend ist, so halte ich es noch immer nicht für bewiesen, dass für grosse Irrenanstalten dasselbe angenommen werden darf. Es ist doch etwas ganz anderes, 2 oder 3 störende und erregte Elemente zu beschwichtigen, als 20 und 30 auf einmal beruhigen zu müssen, zumal, wenn dieselben erst frisch aus der Familie angelangt sind und deren Studium noch nicht abgeschlossen ist.

Jedenfalls sollen diese Separationsräume so weit als möglich abgerückt werden von den Krankensälen, wenn man sie in grossen Irrenanstalten nicht gar lieber nach Lauenburger Muster in einen eigenen Pavillon vereinigen will, der durch einen besonderen Gang mit den Krankensälen der Aufnahmestation (vielleicht auch des Pflegerhauses) in Verbindung steht, damit nächtliche Transporte bei Wind und Wetter unbeschadet geschehen können. Auch die Verlegung derartiger Zellen in Flügelbauten rückt dieselben besser ab und erleichtert obendrein Uebersicht und Controlle.

Ob man nun für die eine oder andere Abhilfe sich entscheidet, ist principiell gleichgiltiger. Der Schutz der Nachtruhe muss garantirt sein. Es ist inhuman und zeigt mangelnde ärztliche Vorsicht für bewegte Gemüther, wenn der eben mühsam erreichte Schlaf durch einen unruhigen Nachbarn alle Augenblicke gestört werden kann, und es ist mehr als das, wenn die plötzliche Unruhe eines Einzelnen eine ganze Abtheilung aus dem Schlafe schreckt und diese durch längere Zeit in derselben Störung erhalten darf.

Deshalb reiche Gliederung und genügende Separationsgelegenheiten, besonders auf Frauenabtheilungen.

Aber auch am Tage wird diese Sonderung angenehm sich geltend machen. Die Ansteckung durch optische und acustische Reizmittel in grossen Sälen und Abtheilungen ist geradezu greifbar. Mit Recht sagt Bleuler: „sie züchtet Anstaltsproducte". Wie oft kann man während der Visite in grossen Sälen die Wahrnehmung machen, wie eine Patientin unruhig wird und wie diese Unruhe dann eine Kranke um die andere erfasst, bis manchmal ein ganzer Tumult entsteht. Säle, in denen 15 oder mehr aufgeregte Kranke unterhalten werden, sind für erregte Sinne weit gefährlicher als irgend ein Zwangsmittel jemals gewesen ist. Andererseits sieht man wieder als chron. störend bekannte Patienten, wenn sie zufällig wegen einer Infectionskrankheit z. B. separirt werden müssen, sich momentan beruhigen und ruhig bleiben.

In mehr als einer Hinsicht drängt sich also dieselbe Wahrnehmung hervor, dass das angezogene Bedürfniss nach möglichster Sonderung der Geisteskranken reichlich vorhanden ist und dass dasselbe obendrein durch das moderne Streben der individualisirenden Behandlung implicite nahegerückt wird, aber wie mir scheint, für weibliche Kranke noch beträchtlich mehr als für männliche.

So viel, was die bauliche Anlage schon tangirt und von tiefgreifenderer Bedeutung ist, da nachträgliche Aenderungen oft schwer oder gar nicht mehr Ausgleichungen bringen können.

Anders ist das mit der inneren Einrichtung, mit Einrichtungsgegenständen; die lassen auch nachträglich jede gewünschte Veränderung leicht zu.

Erwähnen möchte ich nur einen grösseren principiellen Bäderbedarf für Frauen-Abtheilungen wegen des durch die Menses gesetzten grösseren Reinigungsbedürfnisses, an dem auch das weibliche Pflegepersonal participirt, und wegen der grösseren Anzahl derjenigen Krankheiten (Melancholie und Amentia), die erfahrungsgemäss einer Bäderbehandlung zugänglicher sind als ceteris paribus bei anderen geistigen Störungen. Uebrigens eine Forderung, die mit der Grösse der Anstalt erst fühlbarer wird.

Nicht von der Grösse der Anstalt abhängig sind für Frauen-Abtheilungen ein reichlicherer Bedarf an Kleiderschränken und grössere Toiletteräumlichkeiten wegen des meist grösseren Kleiderbesitzes und der langsameren und umständlicheren Toiletten bei Frauen.

Hiermit nur einiges, was auf die verschiedene Behandlung von Männer- und Frauen-Abtheilungen hinweisen soll. Ich bin mir wohl bewusst, dass das Thema damit nicht erschöpft ist und dass die praktische Ausarbeitung die Hauptschwierigkeit darstellt. Aber, ich glaube, es würde sich lohnen, die Praxis damit zu beschäftigen.

Mittheilungen.

— Zu dem Process gegen den Oberleutnant Rüger in Mörchingen, — in welchem das Berufungsgericht den Eventualantrag der ärztlichen Sachverständigen Dr. Smith und Professor Bleuler auf Unterbringung des wegen Tötung des Hauptmanns Adams Angeklagten in eine Irrenanstalt zwecks Beobachtung seines Geisteszustandes ablehnte, — haben wir bisher in der Psychiatrischen Wochenschrift unterlassen uns zu äussern in der zuversichtlichen Meinung, dass es besser sei abzuwarten, was von der Diskussion in der Tages-



und der juristischen Fachpresse für die Vertreter der Irrenheilkunde dabei herauskommen wird; man hätte uns ja unter Umständen einwenden können, dass wir „pro domo“ sprechen. Der Fall Rüger erfährt nun vom juristischen Standpunkt eine bemerkenswerthe Beleuchtung in einem sehr objectiv und ruhig gehaltenen Artikel des Landrichters B. Doehn-Dresden (Deutsche Juristen-Zeitung 1901, Nr. 12), betitelt: „Die Stellung des Sachverständigen vor Gericht und der Fall Rüger“. Doehn führt aus, dass zufolge des im Strafprocess geltenden Grundsatzes der „freien Beweiswürdigung“ der Richter nicht nur über die Zuziehung der Sachverständigen überhaupt zu entscheiden hat*), sondern dass er, selbst in technischen Fragen, an das Gutachten der Sachverständigen garnicht einmal gebunden ist; dass nur die richterliche Ueberzeugung massgebend sein soll für die zu fällende Entscheidung. Aus letzterem folge mit logischer Nothwendigkeit, dass der Richter alles aufzubieten hat, um die Fähigkeit zur Bildung eines sachgemässen Urtheils zu erlangen. Das sei eine Rechtspflicht des Richters, das nothwendige Korrelat seines Rechtes der „freien Beweiswürdigung“. Die Stellung des Richters sei von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet eine völlig eigenartige, mit keiner anderen vergleichbare.

„In keinem anderen Berufe kommt es vor, dass seine Vertreter so häufig wie die Richter über Dinge zu entscheiden haben, die ihnen nach ihrem ganzen Bildungsgange durchaus fern liegen, ja, diesem entgegengesetzt sind, und dass ihre Entscheidungen trotzdem den Stempel der staatlichen Autorität tragen. Das Ideal wäre, dass jeder Richter ausser seinem juristischen Wissen auch die zur Beurtheilung des zur Entscheidung stehenden thatsächlichen Materials nöthige Sachkenntniss besässe. Das ist aber eben nur ein Ideal. Erreichbar ist jedoch und darum zu erfordern, dass sich der Richter neben seiner Fachbildung eine grosse allgemeine Bildung aneignet. Dann wird ihm erst so recht zum Bewusstsein kommen, wie infolge des unaufhaltsamen Fortschreitens der Wissenschaft eine Specialisirung der geistigen Arbeiten stattfindet, welche für den Einzelnen ein gleichzeitiges Beherrschen mehrerer Wissensgebiete heutzutage zur vollständigen Unmöglichkeit macht. Dann wird er in der Erkenntniss der Unzulänglichkeit seines eigenen Wissens das dringende Bedürfniss fühlen, durch Zuziehung eines geeigneten sachverständigen Berathers nach Möglichkeit die Lücke auszufüllen, die er vordem vielleicht nicht einmal bei sich bemerkt hat, die aber auszufüllen sein Richterberuf ihm gebietet. Sein Verantwortlichkeitsgefühl wird mit jedem Tage mehr wachsen, die Rechtsprechung wird gerechter werden. Je schwerer der einzelne Straffall ist, desto drückender wird das Gefühl der hohen Verantwortlichkeit seines Amtes auf ihm lasten; nicht widerwillig, sondern freudigen, ja dankbaren Herzens wird er jede sich ihm darbietende Gelegenheit wahrnehmen, mit Unterstützung sachkundiger Männer die Wahrheit zu erforschen, mit innerer Befriedigung wird er sich dann sagen können, dass alles geschehen ist, was bei den Unvollkommenheiten menschlicher Einrichtungen geschehen kann, um den Schuldigen und nur den Schuldigen mit der verdienten Strafe zu treffen. Für den Strafrichter erscheint es nun bei der grossen Verbreitung von Geisteskrankheiten unter Verbrechern ein unerlässliches Erforderniss, dass er sich wenigstens die elementarsten Kenntnisse der psychiatrischen Wissenschaft aneignet. Sonst wird er, beladen mit all' den Vorurtheilen gegen die gesicherten Ergebnisse der psychiatrischen Wissenschaft, die noch immer in den weitesten Kreisen, auch den gebildeten, herrschen, nicht geplagt von Zweifeln an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, im besten Glauben, das Richtige gefunden zu haben, in objektiv gänzlich ungenügender Würdigung der Beweisergebnisse sich über die wohl begründete, im Boden der Wissenschaft wurzelnde Ansicht hervorragender Vertreter der Psychiatrie hinwegsetzen und vielleicht zu einem die Existenz eines bis dahin geachteten Mitmenschen vernichtenden Fehlspruch gelangen. Ohne die Erscheinungen, welche der Fall Rüger gezeigt hat, verallgemeinern oder gar ohne weiteres auf bürgerliche Strafgerichte übertragen zu wollen, erscheint es doch an der Zeit, dass unsere obersten Justizverwaltungen die ihnen unterstellten Strafrichter auf die Nothwendigkeit hinweisen, den psychiatrischen Fragen noch mehr als bisher ihre Aufmerksamkeit zu schenken und ihnen das Studium hierfür geeigneter Werke, an denen es wahrlich nicht fehlt, ans Herz legen. Auch dürfte es keine zu weitgehende Forderung sein, wenn gerichtliche Medizin und forensische Psychiatrie zum obligatorischen Lehrgegenstand der ersten juristischen Prüfung erhoben würden. Endlich würde eine von den Justizverwaltungen ausgehende kräftige Förderung derjenigen Bestrebungen, die auf Gründung forensisch-psychiatrischer Vereinigungen gerichtet sind — in Dresden besteht bereits eine solche — gewiss grossen Segen stiften.

Hiernach ist die Frage, ob etwa das Gericht durch eine Aenderung der bestehenden Processgesetze seine bisherige unabhängige Stellung den Sachverständigen gegenüber verlieren soll, leicht zu beantworten. Die Bejahung dieser Frage würde, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergiebt, in einen der fundamentalsten Grundsätze des Processrechts, den Grundsatz der freien Beweiswürdigung, Bresche legen. Die allergrösste Vorsicht ist daher zweifellos geboten. Es ist hier nicht der Ort, näher auf die Vorschläge einzugehen, welche die Unabhängigkeit des Gerichts von dem Gutachten der Sachverständigen zu Gunsten der letzteren beseitigen wollen. Es sei daher nur so viel bemerkt, dass alle dahin gehenden Vorschläge offenbar daran scheitern müssen, dass jedes Gutachten eines Sachverständigen in unlöslichem Zusammenhang mit einer mehr oder weniger grossen Reihe thatsächlicher Wahrnehmungen steht, und dass es dem Richter unbenommen sein muss, diese Unterlagen des Sachverständigen-Gutachtens so wie jede Zeugenaussage auf ihre Zuverlässigkeit hin zu prüfen, sie insbesondere in Zusammenhang mit den übrigen Beweisergebnissen zu setzen. Diese Beweiswürdigung ist aber eine Kunst, die nur durch jahrelange Uebung erlangt werden kann. Hierzu kommt, dass, sollten jene Vorschläge nicht ohne jede

*) ausser bei Leichenöffnung und bei Verdacht auf Vergiftung.



praktische Bedeutung sein, auch gesetzlich vorgeschrieben werden müsste, unter welchen Voraussetzungen der Richter zur Zuziehung von Sachverständigen verpflichtet sei, dass infolgedessen aber der Richterberuf vermuthlich nur noch für wenige und nicht gerade für die Tüchtigsten Reiz haben würde. Endlich ist nicht zu vergessen, dass der Angeklagte ein Recht darauf hat, dass der Sachverständige, wenn dessen Ansicht für sein Schicksal massgebend sein soll, dieselben Garantieen der Unabhängigkeit geniesst, wie der Richter. Schon mehr der Beachtung werth scheint die Frage, ob nicht bei gewissen Delikten, z. B. Sittlichkeitsdelikten bestimmter Art, oder bei allen sehr schweren Verbrechen stets eine Untersuchung des Angeklagten auf seinen Geisteszustand stattzufinden habe. Vor allen Dingen aber thut Noth, dass das oft geradezu lächerliche Misstrauen gegen die Psychiater von Fach schwindet. Würde das Militärgericht, welches die Zurechnungsfähigkeit Rüger's für so über jeden Zweifel erhaben angesehen hat, dass es nicht einmal für nöthig befunden hat, den Angeklagten einer genauen Anstaltsbeobachtung zu unterwerfen, den Vertretern der psychiatrischen Wissenschaft freier und unbefangener gegenüber gestanden haben, so hätte es unmöglich mit einem kühnen salto mortale sein eigenes laienhaftes Wissen über das sachverständige Wissen der psychiatrischen Gutachter setzen können. Mag Rüger in einem epileptischen Dämmerzustande die That begangen haben oder nicht: das konnte er jedenfalls verlangen, dass seine Richter in dieser Frage nicht ohne weiteres ihrem eigenen Urtheile trauten und ihn auf Jahre hinaus ins Zuchthaus schickten."

— **Lüneburg.** (Zur Kommunalbesteuerung der Geisteskranken.) Wenn auch die hier neu erbaute Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt auf städtischem Gebiete liegt, während das dazu gelegte Gut Wienebüttel der Gemeinde Reppenstedt, also dem Landkreise Lüneburg, angehört, so wird trotzdem der Magistrat der Stadt Lüneburg regelmässig nicht in der Lage sein, die an sich kommunalsteuerpflichtigen Geisteskranken, welche in die Anstalt aufgenommen werden, zur städtischen Kommunalsteuer heranzuziehen. Nach einem Urtheile des Oberverwaltungsgerichts vom 23. November 1900 ist nämlich ein Wohnsitz im Sinne des § 33 des Kommunalabgabengesetzes nur da begründet, wo der Betreffende eine Wohnung unter Umständen inne hat, welche auf die Absicht einer dauernden Beibehaltung derselben schliessen lassen, und das „Innehaben" einer Wohnung setzt den Besitz einer selbstständigen Dispositionsbefugniss und namentlich des Hausrechtes an den bewohnten Räumen voraus. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch Geisteskranke nöthigenfalls durch ihre Vertreter eine derartige Dispositionsbefugniss an Wohnräumen ausüben und daher eine Wohnung inne haben können; in den öffentlichen Irrenanstalten aber ist die gewöhnliche Einrichtung die, dass das Verfügungsrecht an den zur Unterbringung der Kranken benutzten Räumen allein der Anstaltsleitung zusteht; sie hat in der Regel völlig freie Hand nicht nur hinsichtlich der Auswahl und eines etwaigen Wechsels der den Pfleglingen angewiesenen Räume, sondern, was die Hauptsache ist, auch hinsichtlich ihrer Einrichtung und der Art ihrer Benutzung. Eine in einer solchen Anstalt untergebrachte Person hat dort also keinen Wohnsitz im Sinne der Steuergesetze. (Hannov. Courier.)

— **Krankenunterstützungskasse der Bezirks-Irren-Heil- und Pflege-Anstalten Stephansfeld-Hoerdt im Elsass.** Aus dem Protokoll der letzten Sitzung, in welcher die Rechnungsablage stattfand, seien folgende Mittheilungen gemacht:

Im Laufe des Rechnungsjahres wurden an 35 Kranke bezw. deren Familien Unterstützungen gewährt im Gesammtbetrage von 865 M. Alle Gesuche konnten berücksichtigt werden. Dadurch, dass die Kasse den Verkauf der Ansichtspostkarten der Anstalt übernommen hat, erwuchs ihr ein Reingewinn von rund 100 M. Von den entlassenen Kranken oder deren Angehörigen sind zahlreiche Schreiben eingegangen, in denen sie für die erhaltenen Unterstützungen ihren herzlichen Dank aussprechen.

Der Kassenbestand am Schlusse des Rechnungsjahres betrug 29340,89 M.

Auf den ganz annehmbaren Vortheil, der sich für solche Kassen aus dem Verkauf der Ansichtspostkarten der Anstalt ergiebt, möchte ich besonders aufmerksam machen. Der Direktor Dr. Vorster.

— Der **Hülfsverein für Geisteskranke im Reg.-Bezirk Düsseldorf** hat eben seinen siebzehnten Bericht (pro 1900) veröffentlicht. Die Zahl der Mitglieder ist von 1338 auf 1412, der Betrag der verausgabten Unterstützungen von 3062,15 Mk. auf 4397,85 Mk., die Zahl der Unterstützten von 128 auf 168 gestiegen. Die Unterstützungen bewegten sich meist in der Höhe von 20—25 Mk., der Höchstbetrag war 80 Mk. Nachdem in der vorjährigen Frühjahrsversammlung des Vereins der rheinischen Irrenärzte die Gründung eines rheinischen Hülfsvereins angeregt und bald darauf auch erfolgt war, wurde in der Generalversammlung des Düsseldorfer Vereins am 2. Febr. d. Js. einstimmig beschlossen, den letzteren dem neuen Hülfsvereine einzugliedern und die angesammelten Reservefonds der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg mit der Bestimmung zuzuweisen, die Zinsen für hülfsbedürftige Geisteskranke des Reg.-Bezirks Düsseldorf im Sinne des Vereins zu verwenden. Die Statuten des neuen Vereins sind im Bericht abgedruckt. Leiter des Vereins bleibt Herr Sanitätsrath Dr. Peretti (Grafenberg bei Düsseldorf), der im Bericht zum Beitritt zu dem Hülfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz auffordert.

— **Wien.** Mit 1. Mai d. J. trat Primarius Dr. Jos. Bubenik, II. Arzt der hiesigen Landes-Irrenanstalt, in den zeitlichen Ruhestand. Mit ihm verlor die Anstalt einen ihrer eifrigsten und gewissenhaftesten Functionäre und vornehmen Character, die Collegen einen aufrichtigen Freund und das Land einen der kenntnissreichsten Psychiater.

— **Wien.** In der Jahresversammlung des hiesigen psychiatr. Vereins vom 14. Mai wurde der Beschluss gefasst, am 11. und 12. Oktober d. J. eine Wanderversammlung in Wien abzuhalten. Ausschlaggebend für Wien war der Umstand, dass anlässlich



einer Enquete zur Reform des Irrrenwesens um dieselbe Zeit eine Reihe von Fachmännern in Wien anwesend sein wird, denen damit zugleich die Möglichkeit geboten ist, an der Wanderversammlung theil zu nehmen.

Den Schluss der Versammlung bildet der Besuch der neuen nied.-österr. Landes-Irrenanstalt in Mauer-Oehling, über die seinerzeit in dieser Wochenschrift, Nr. 34, Jahrg., 1899 berichtet wurde und die bis zum Herbste l. J. völlig ausgebaut sein dürfte.

— **Merzig.** Anfang dieses Monats wurde in der hiesigen rheinischen Prov.-Heil und Pflege-Anstalt die Hauptversammlung der Aerzte des Regierungsbezirks Trier abgehalten. Der Direktor der Anstalt, Dr. Gottlob, sprach über den Entwicklungsgang der modernen Psychiatrie. An den Vortrag schloss sich ein Rundgang der Aerzte durch die Anstalt an. Die Einrichtungen der Anstalt fanden bei den Collegen ungetheilte Anerkennung, selbst Bewunderung. Durch das liebenswürdige Entgegenkommen der rheinischen Prov.-Verwaltung war es auch ermöglicht, den Gästen zum Schluss eine opulente Bewirthung zu Theil werden zu lassen.

— **Preussen.** Der Cultusminister hat kürzlich verfügt, dass diejenigen Anstalten für jugendliche Epileptiker und Idioten, in welchen ein geordneter Schulunterricht ertheilt wird, fortan durch die schultechnischen Organe der Regierung revidirt werden. —

— Der V. internationale Kongress für criminelle Anthropologie tagt vom 9. — 14. Septbr. 1901 zu Amsterdam. Vorläufige Tagesordnung: Anatomische und physiologische Eigenschaften der Verbrecher; Descriptives. — Criminelle Psychologie und Psychopathologie; Verbrecher und Geisteskranke; theoretische Betrachtungen und praktische Massregeln. — Criminelle Anthropologie in ihrer legalen und administrativen Anwendung; zu befolgende Prinzipien, prophylaktische Massregeln; Schutzmassregeln; Strafbarkeit. — Criminelle Sociologie; ökonomische Ursachen des Verbrechens; Criminalität und Socialismus. — Criminelle Anthropologie und Ethnologie. — Generalsecretär ist Prof. Dr. Hertheim - Salomonson - Amsterdam.

— In der neuen deutschen Prüfungsordnung für Aerzte vom 28. Mai 1901 ist der Psychiatrie die Geltung eines Prüfungsgegenstandes eingeräumt worden. Es heisst nämlich darin: § 45. VI. „Die Prüfung in der Irrenheilkunde wird von einem Examinator in der Irrenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik abgehalten und ist an einem Tage zu erledigen.

In Gegenwart des Examinators hat der Candidat einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein von dem Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung auch an anderen Kranken nachzuweisen, dass er die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt".

Dieser Bestimmung ist erfreulicher Weise jene ganz unhaltbare Fassung gewichen, welche s. Z der Entwurf brachte und die von der Psychiatrischen Wochenschrift durch eine entsprechende Kritik abgefertigt wurde. Der Entwurf bestimmte nämlich: Die Prüfung in der Irrenheilkunde ist eine mündliche, wird von einem Examinator in der Irrenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik abgehalten und ist an einem Tage zu erledigen. In derselben hat der Candidat an Geisteskranken nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Irrenheilkunde vertraut gemacht hat". Eine Fussnote des Entwurfs fügte als Begründung bei: „Die Feststellung der Anamnese, Diagnose und Prognose einer geistigen Erkrankung innerhalb der für die Prüfung in Aussicht genommenen Zeit dürfte über die Leistungsfähigkeit eines angehenden Arztes hinausgehen . . ."(!)

Und wir schrieben damals: „Es wird sich kaum lohnen, dem Paragraphen in dieser Fassung Leben zu geben; die Nothwendigkeit einer Abänderung wird sich — schon mit Rücksicht auf das Publikum — bei Zeiten ergeben. Mit dem wachsenden Interesse des letzteren für die Angelegenheiten des Irrenwesens, wovon das Studium der Psychiatrie der Grundstock, hält der Paragraph nicht gleichen Schritt". Auch wenn traurige Ereignisse der letzten Zeit unsere Ansicht von damals nicht bestätigt hätten, so würden wir gleichwohl die jetzt von dem Candidaten geforderte Kenntniss in der Irrenkunde als das Mindestmass dessen bezeichnen, was das Interesse der Praxis erheischt. Gleichwie in der Augenheilkunde, mit der die Irrenkunde auf gleiche Stufe gestellt ist, hätte dem Candidaten die Anfertigung eines Berichts über sein Protokoll vorgeschrieben werden müssen, wodurch er seine Befähigung, wenigstens ein Aufnahmeattest für eine Irrenanstalt auszustellen, nachweisen konnte.

Die Zulassung zur Prüfung ist, was die Psychiatrie betrifft, abhängig von dem Nachweis, dass der Candidat als Praktikant ein Halbjahr die psychiatrische Klinik regelmässig besucht hat. Wir hätten gewünscht, dass wie bei innerer Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe der Besuch der psychiatrischen Klinik während zweier Halbjahre gefordert würde mit Rücksicht darauf, dass der Candidat während seines praktischen Jahres, das er in einem Krankenhause absolviert, sich gerade in der Irrenkunde aus- und fortzubilden meistens so gut wie gar keine Gelegenheit hat.

— Bericht über die 67. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am Samstag, 15. Juni 1901, zu Bonn.

1. Erlenmeyer: Ueber den neuen Ministerial-Erlass vom 26. März 1901.

Die bisherige Anleitung von 1895 hatte verschiedene Lücken und Mängel; in Verbindung mit 5 Ergänzungs-Verfügungen, die das zugaben, hatte sie sich bewährt und keinen Anlass zu ernsten Bedenken gegeben. Um so grösser war die Ueberraschung, als am 26. März d. J. der neue nirgendwo erwartete Erlass erschien.

Wenn dieser auch nicht allen Anforderungen entspricht, so ist er doch im Allgemeinen ein lebhaft zu begrüssender Fortschritt. Referent bespricht und kritisirt einzelne Punkte; folgendes sei hier hervorgehoben:



Das Anschreiben der Anweisung giebt eine Definition des Begriffs der Privatirrenanstalten und stellt die Ordensanstalten mit Privatanstalten auf eine Stufe. Die Anweisung ist auch für nicht geisteskranke Epileptiker gültig. —

Es ist nicht einzusehen, warum nicht auch die beamteten Aerzte der öffentlichen Anstalten gleich ihren Leitern ein gültiges Aufnahmeattest ausstellen sollen. Bedenklich ist die Trennung der Kranken in 2 Kategorien, in die über und die unter 18 Jahren, eine Trennung, die nicht nur, wie früher, sich auf die Idioten erstreckt, sondern auch die Geisteskranken betrifft. Dieser Standpunkt ist unhaltbar.

Das Aufnahme-Zeugniss verlangt mit Rücksicht auf die Ausdehnung der Gültigkeit der Bestimmung auch auf die Epileptiker nicht die Feststellung der Form der Psychose. § 4 erörtert den Begriff dessen, was man unter dringender Aufnahme versteht, und beseitigt die hier früher herrschende Unwissenheit

Der Heimathskreisarzt kann dem Attest eines nicht beamteten Arztes beitreten, nicht der Anstaltskreisarzt, welcher vielmehr ein selbständiges Attest erstatten muss. Leider ist wieder die Anzeige der Aufnahme von Kranken an die Polizeibehörde des Wohnorts vorgeschrieben, wenn die Aufnahme ohne deren Mitwirkung erfolgt ist. Wenn sie auch vertraulich erfolgen soll, so lässt doch die Indiscretion des unteren Personals gerade hiervon eine Schädigung der Kranken erwarten. Wie sehr das Schreibwerk vermehrt ist, geht aus der Mittheilung des Referenten hervor, nach der bei der Uebernahme eines entmündigten Kranken aus einer Anstalt in eine andere nicht weniger als 17 Schriftstücke anzulegen sind. Warum die Aufnahme eines Kranken in eine neue Anstalt dem Kreisarzt angezeigt werden soll, ist nicht recht ersichtlich. Mit dem Inhalt des § 11 erklärt er sich (im Gegensatz zu der Besprechung dieser Anweisung cf. Psychiatrische Wochenschrift pg. 41) einverstanden.

Die Definition des Begriffs der freiwilligen Pensionäre ist recht unklar; der Ausdruck „Verständniss" ist zu dehnbar. Soll der Kranke ein Verständniss haben für seine Krankheit? für seine Anstaltspflegebedürftigkeit?

Referent rügt u. A. redactionelle Mängel (wie Vorschriften für Kranke statt über Kranke, Unternehmer einer öffentlichen Anstalt statt Vorstand im § 6 etc.) und betont, dass auch nach der Richtung hin die Ministerialanweisungen correct sein sollten.

Die Discussion über den Vortrag von Erlenmeyer soll mit der Discussion über den Vortrag von Schultze vereinigt werden.

2. Zacher: a) Ueber einen Fall von doppelseitigem Erweichungsherd im Stirnhirn.

Der 54 Jahre alte männliche, bisher gesunde Kranke suchte Neuenahr wegen Glycosurie auf. Ganz plötzlich wurde er dort theilnahmlos, unreinlich, schlaflos; dabei Blindheit, Parese der linken Abducens, Sprachbehinderung, Schluckbeschwerden.

3. August Anstaltsaufnahme: Pupillen sehr weit, gleich gross, starr; l. Abducens gelähmt; Abweichung der Zunge nach links; keine Sprach- und Schluckbeschwerden; keine motorischen Störungen an den Extremitäten; Unfähigkeit, sich aufzurichten, aufrecht zu sitzen, den Kopf in die Höhe zu halten; kann nur mit Unterstützung gehen; Patellarreflexe fehlen; Sensibilität intact; complete Blindheit; Harn ohne Zucker, vorübergehend wenig Eiweiss. Psychisch zuerst sehr benommen, reactionslos, schlafsüchtig; nach einiger Zeit Besserung der Benommenheit. Dabei liess sich feststellen: völliger Verlust der Merkfähigkeit; rasche Ermüdung; Mangel jeder Initiative; kein Gefühl für die schwere Erkrankung; Witzelsucht Die motorischen Störungen gingen ebenfalls zurück; an Stelle der Parese der linken Abducens trat Schwäche der rechten Abducens und der rechten Obliquus inferior ein. Ende September Verschlimmerung. In der Nacht vom 3./4. X. Anfall (Bewusstlosigkeit, Greifen an den Kopf, kein Patellarreflex; linke Pupille sehr weit, rechte Pupille sehr eng; Augen starr; l. bulbus grade aus, r. bulbus nach innen oben). 12 Uhr Exitus.

Bei der erst 30 Stunden post mortem möglichen Section fand sich eine frische Piablutung an der 2. rechten Stirnwindung. Atheromatose der art. carot. und art. basilares. Gehirn ohne Besonderheiten; nach Härtung in Müller zeigten sich zwei ganz symmetrisch gelegene Erweichungsherde in beiden Stirnhirnen.

Zacher hebt hervor, dass sich in der ihm bekannten Literatur kein analoger Fall findet; wo sich ein derartiger Symptomencomplex fand, handelte es sich immer um Hirntumoren.

Peters schildert kurz den ungewöhnlichen Augenbefund; massenhafte Blutungen im Augenhintergrund; leichte Schwellung der Papille mit Hyperämie und verwaschenen Grenzen. Dieser Befund erklärte nicht die complete Blindheit. P. vermuthete eine doppelseitige Thrombose der venae centralis retinae.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sich die Centralgefässe des opticus intact. Als Ursache der Blutung ergab sich eine Veränderung der Netzhautgefässe (Wandverdickung der Arterien und Venen.

In der Discussion wurde bemerkt, dass die Witzelsucht bisher vorwiegend von Berliner Autoren beobachtet sei; sie als ein specifisch Berliner Symptom hinzustellen war nicht angängig, da sie sich auch bei Rheinländern, sogar bei einem Elsässer fand und ihr symptomatischer Werth wurde mit dem Hinweis darauf gestützt, dass die Witzelsucht auch bei früher ernst gestimmten Leuten sich vorfindet.

b) Ueber einen Fall von Pseudo-Myxödem.

Der 64jährige, bisher gesunde, sehr arbeitsfähige Kranke wurde nach einer leichten Stirnverletzung vergesslich, stumpf, reizbar, gleichgültig; dabei schwerfällig in seinen Bewegungen, unbeholfener Gang; verschwommene Sprache; starker Haarausfall; auffallende Corpulenz, Gesicht breiter, plumper; in der Haut traten schnell wieder verschwindende circumscripte Schwellungen auf. Bei der Anstaltsaufnahme starrer, maskenhafter Gesichtsausdruck; träge Pupillenreaction; schwer verständliche Sprache; erschwerter Gang; Schluckbeschwerden; stumpf, dement, heftig bei Widerspruch.



Später gleichmässige Schwellung der Haut des ganzen Körpers; diese prall elastisch, nicht abhebbar, bei Druck keine Delle.

Wegen des Verdachts auf Myxödem Darreichung von Thyreojodin, die wegen des Eintritts bedrohlicher Herzerscheinungen ausgesetzt wurde; unter dieser Medication Nachlass der Hautschwellung ohne Aenderung des psychischen Befindens. Bald darauf Exitus nach Pneumonie.

Bei der Section Meningitis; im Abdomen viel Fett von ockergelber Farbe, Muskulalatur lachsfarben, vielfch mit Fett durchwachsen; einzelne Fettknoten in der Haut; Thyreoidea normal.

Somit war die Diagnose Myxödem nicht mehr aufrecht zu erhalten, gegen die schon intra vitam manche Momente (das Freibleiben der Extremitäten; keine Aenderung der Nase, Augenlider; ungewöhnliche Reihenfolge der Erscheinungen) sprachen.

3. Brie: Ueber Eifersuchtswahn.

B. giebt einen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre vom Eifersuchtswahn, auf den Nasse 1870 als einer der Ersten die Aufmerksamkeit gelenkt hat und bespricht besonders die Pathogenese der Wahnideen. Danach findet sich der Eifersuchtswahn bei Alkoholikern (auch Cocainisten), bei Hysterie und bei schweren organischen Hirn- und Rückenmarkstörungen. Bei Alkoholikern beherrscht der Eifersuchtswahn das ganze Krankheitsbild, und zwar so sehr, dass umgekehrt aus dem Vorhandensein der Wahnideen ehelicher Untreue oft genug auf Alkoholmissbrauch geschlossen wurde.

Demgegenüber hebt B. an der Hand von etwa einem Dutzend eingehender beobachteten Fällen hervor, dass es auch eine Form von Paranoia ohne Hallucinationen, ohne Vorliegen von Alkoholmissbrauch giebt, bei der ein wohlcharakterisirter Eifersuchtswahn beim Fehlen von anderen Wahnideen das ganze Krankheitsbild ausmacht. Unter ausführlicher Mittheilung eines einschlägigen Falles betont Brie die allmähliche Entstehung, den progressiven Verlauf, sowie die Gleichheit der Ableitung und Motivirung der Wahnideen wie bei der alkoholistischen Form. Oft genug findet sich Neurasthenie bei den Kranken und frigidas uxoris; die bisherigen Beobachtungen betreffen nur Männer. Die Prognose ist schlecht.

Kurz berührt er die straf- und civilrechtliche Bedeutung der Störung; es wird nicht immer leicht sein, den Richter im Entmündigungstermin von dem Vorliegen einer Geistesstörung zu überzeugen; die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ist schlecht, im Gegensatz zu den alkoholistischen Formen.

4. Schultze: Entlassungszwang nach Ablehnung der Entmündigung. (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

Die Discussion über den Vortrag von Erlenmeyer und Schultze und die Beschlussfassung über die Annahme der von Sch. vorgeschlagenen Resolution musste wegen vorgerückter Zeit aufgeschoben werden.

Ernst Schultze.

— **Nordostdeutscher psychiatrischer Verein.** Achte Sitzung Montag, den 8. Juli 1901, mittags 12 Uhr in der Provinzial-Irrenanstalt Treptow a. Rega.

Tagesordnung:

1. Colla-Finkenwalde: Der Alkoholismus und seine Behandlung.
2. Horstmann-Treptow: Zur Geistesstörung bei Polyneuritis.
3. Siemens-Lauenburg: Ueber Inhalt und Form der zu druckenden Anstalts-Jahresberichte.
4. Mercklin-Treptow: Kurze Erläuterungen zum Bauplan der Irrenanstalt Treptow und Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung.
5. Besichtigung der Anstalt.

Um 3 Uhr Mittagessen mit Damen im „Deutschen Hause" in Treptow. Nachher ev. Ausfahrt nach dem Seebad Deep.

Zu den am Sonntag 11 Uhr abends von Stettin und Montag 11,24 vormittags von Kolberg ankommenden Zügen werden Wagen zur Fahrt zur Anstalt bereit stehen.

Absteigequartiere sind in der Anstalt vorgesehen. Baldige Anmeldungen der Theilnehmer, Herren und Damen, werden an den mitunterzeichneten Dr. Mercklin erbeten. Die Geschäftsführer:

Schauen-Schwetz. Mercklin-Treptow a. R.

Referate.

— Von den Kopfschmerzen und der Migräne. Von Prof. Dr. L. Edinger. Die Deutsche Klinik 1901. S.-A. 34 S.

Verf. bemerkt einleitend, dass es dem angehenden Arzt oft schwer fällt, unbefangen zu sein und gerade an das „Naheliegende", das das „Häufigere" sei, zu denken. Die meisten Kopfschmerzen seien nicht durch schwere Allgemeinerkrankung veranlasst.

Von den echten Kopfschmerzen sind zu unterscheiden: Neuralgien, ausstrahlende Zahnschmerzen, ausstrahlende Schmerzen von Erkrankungen der Augen, der Nase und der Stirnhöhlen, des Rachens und des mittleren Ohres, sämmtlich meist einseitig — der Kopfdruck, eine Theilerscheinung der Neurasthenie — und die Migräne, bei welcher die Kopfschmerzen freilich eine hervorragende Rolle spielen.

Die Kopfschmerzen, welche nie eine Krankheit sui generis, sondern nur ein Symptom sind, kann man ätiologisch eintheilen. A in solche ohne wesentliche anatomische Störung und B in solche, die durch organische Krankheiten bedingt sind.

A. Bei vielen ganz gesunden Menschen treten passagere Kopfschmerzen aus den verschiedensten Ursachen ein: geistige oder körperliche Uebermüdung, Nachtwachen, Nüchternheit, Gerüche u. s. w.

Der Kopfschmerz der Kinder rührt gewöhnlich her von schlechter Luft im Schlaf- und Schulzimmer, von ungenügendem Frühstück. Ermüdung auf dem Weg zur Schule, Ueberanstrengung der Augen. Bei heftigen chronischen Kopfschmerzen ist hier an Nephritis bes. nach Infektionskrankheiten, an Hydrocephalus und an Meningitis tuberculosa zu denken.

Der Kopfschmerz der Heranwachsenden, Cephalaea adolescentium, ist meist durch Ueberanstrengung des



Sehapparates bedingt, daher am häufigsten bei Schülern höherer Schulen.

Gegen die oft quälenden Ursachen der anämischen Frauen und Mädchen hilft nur eine Ruhe- und Fütterungskur, für die Verf. eine Anleitung giebt.

B. hier kommen in Betracht:

1. Hyperästhesie des Haarbodens.
2. Der Schwielenkopfschmerz, sehr häufig, besonders bei Frauen, in Folge Durchkältung der Kopfhaut. Von Migräne, mit welcher er häufig verwechselt wird, unterscheidet ihn der objective Befund: Unebenheiten, Schwielen an den Ansatzstellen der Nackenmuskeln am Kopf, die oft weit in die Galea hineinragen. Therapie: Natr. salic. und bes. Massage.
3. Erkrankungen der Schädelknochen. Periostitis traumatica und luetica.
4. Pachymeningitis interna.
5. Gehirntumoren und organische intracerebrale Erkrankungen.

   Zu den allerschwersten Kopfwehformen gehören die bei Syphilitischen beim Eintritt der allgemeinen Syphilis in's Tertiärstadium.

Die Kopfschmerzen vom Migränetypus sind bekannt bei verwandten Krankheitsformen, bei der Epilepsie, bei der recidivirenden Oculomotoriuslähmung, bei der Tabakvergiftung, bei schweren Hysterieformen.

Die typische Migräne ist meist hereditär. Die Kopfschmerzen treten anfallsweise ein. Bald mehr bald weniger häufig, meist schon am frühen Morgen begleitet von Müdigkeit und Unbehaglichkeit. Der Anfall dauert gewöhnlich den ganzen Tag an und geht erst gegen Abend, oft, nachdem Erbrechen eingetreten, in völliges Wohlbefinden über. Die Gelegenheitsursachen sind zahlreich. Die meisten Kranken wissen, welche Schädlichkeiten den Anfall auslösen, und kennen die Vorboten desselben. Der Anfall kann deshalb oft verhütet werden, wobei von Wichtigkeit ist: Genuss von etwas Nahrung vor dem Aufstehen, kurze Essenspausen, Regelung der Diät. Die wichtigsten Migränemittel vor dem Anfall sind: Bromkali, Antipyrin und Phenacetin. Im Anfall Coffein und die Analgetica. Bei entkräfteten Personen, Reconvalescenten ist natürlich Kräftigung geboten.

Die Theorien über die Entstehung der Kopfschmerzen sind unsicher, doch ist anzunehmen, dass die krankmachende (toxische, vasamotorische) Ursache an der Haut oder an den Duralnervenästen angreift, welche das schmerzende Bereich versorgen. D.

— Psychische Vorgänge und psychische Causalität von Th. Lipps. S.-A. aus „Zeitschr. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorgane", Bd. 25. Leipzig, Verlag von Joh. Ambr. Barth.

Die psychischen Phänomene, die Bewusstseinsinhalte sind für den Psychologen Zeichen oder Symptome eines von ihnen völlig verschiedenen Realen. Denselben liegen an sich unbewusste, reale, psychische Vorgänge zu Grunde. Der psychische Lebenszusammenhang ist seiner Natur nach ein Zusammenhang der psychischen Vorgänge. Da dieselben reale sind, da das Bewusstseinsleben an Reales oder, was dasselbe bedeutet, Unbewusstes gebunden ist, so ist der psychische Lebenszusammenhang durchaus ein Zusammenhang des Realen, des Unbewussten. Aufgabe der Psychologie ist es, die psychischen Phänomene nicht bloss zu beschreiben; sie hat sie zugleich in einen lückenlosen, realen, psychischen Causalzusammenhang einzuordnen, und dieser gehört dem Gebiete des an sich Unbewussten oder des Realen zu, das nur seiner inneren Natur nach ebenso unbekannt bleibt, wie das Reale der Aussenwelt. Zahlreiche eingestreute Beispiele dienen zur Erläuterung der abstracten Darlegungen.

— Beschreibung des Centralnervensystems eines 6 tägigen syphilitischen Kindes mit unentwickeltem Grosshirn bei ausgebildetem Schädel, mit Asymmetrie des Kleinhirns sowie anderer Hirntheile und mit Aplasie der Nebennieren. Von G. Ilberg-Sonnenstein. S.-A. aus d. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 34, Hft. 1.

Der makro- und mikroskopisch genau untersuchte und eingehend beschriebene Fall bot hauptsächlich folgende Eigenthümlichkeiten: Feste Consistenz der Leber; tiefe strahlige Narbe auf der Mitte des rechten Lappens. Milzgewicht vermehrt. Charakteristischer Rundzellenherd namentlich in den weichen Rückenmarkshäuten. Nebennieren kaum 7 mm lang, 5 mm breit, 1 mm dick, wenig marksubstanzhaltig. Hirnschädel symmetrisch, gut entwickelt. In der Schädelhöhle klare Flüssigkeit und etwa fingergliedgrosser Rest weisser Hirnsubstanz am Eingang zur Med. oblong. Tentor. zu weit vorn inserirt. Falx cerebri, gesammte Grosshirnmarksubstanz, Balken, vorderer und dorsaler Abschnitt der hinteren Commissur, Fornix, Corpora mammillaria, Stabkranz, Pyramidenbahn, Markfasern im dorsalsten Theil der Goll'schen Stränge und im Schultze'schen Komma, sowie in den Nn. optici fehlen. Ueberall im Rückenmark, wo die Pyramidenstränge liegen sollen, Agenesie. Thalami optici hochgradig verkrümmt. Brücke sehr arm an markhaltigen Fasern. Hinterstränge, hintere und vordere Rückenmarkwurzeln markhaltig u. a. m. Rechte Kleinhirnhemisphäre, r. Binde- und Brückenarm, r. Corp. dentatum, r. Kleinhirnläppchen, l. Olive, l. rother Kern den entsprechenden Gebilden der anderen Seite gegenüber besser entwickelt. Auch im Zwischen- und Mittelhirn deutliche Asymmetrieen. Da nach Boruttau ein in den Nebennieren bereiteter Stoff die Blutüberfüllung in Darm und Muskeln durch Vasoconstriction compensirt und so das Gehirn vor Anämie schützt, so giebt Verf. der Vermutung Ausdruck, dass die infolge der Aplasie der Nebennieren hochgradig beeinträchtigte oder aufgehobene hämodynamische Wirkung eine Anämie und damit die mangelhafte Ausbildung des Grosshirns bedingt habe. Im Nachtrag werden die bei einem gleichaltrigen normalen Falle noch unentwickelt gefundenen Markfaserpartieen in Rückenmark, Med. oblong., Hinter-, Mittel- und Zwischenhirn geschildert zur genaueren Ermittelung dessen, was bei den obigen Entwickelungshemmungen auf der Aplasie der Hirntheile beruht. Der interessanten Arbeit sind 17 gute Bilder nach Photographien beigefügt. Hahn-Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 14. 29. Juni **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Alcoholismus und Erblichkeit.

Von Prof. Dr. *G. Anton*, Graz.

Vortrag, gehalten am 8. internationalen Congresse gegen den Alkoholismus, Wien, April 1901.

Um die Frage praecis zu entscheiden, wie weit die dauernden Schäden des chronischen Alcoholgenusses sich auch auf die Nachkommenschaft geltend machen, mögen hier zunächst einige ärztliche Erfahrungen kurz angeführt werden.

Schon bei den Alten, besonders Aristoteles und Plutarch wird der Erfahrung Ausdruck gegeben, dass die Kinder der Trinker entweder selbst Trinker oder nervenkranke Individuen sind. Morel unterscheidet die Nachkommen der Trunkenbolde in solche, welche den Hang und Trieb zur Säuferei von den Erzeugern erbten, und in solche, welche statt dessen schwachsinnig zur Welt kamen oder frühzeitig geistiger Schwäche verfielen. Brierre de Boismond kam durch seine Untersuchungen zum Ergebniss, dass die Trunksucht der Eltern bei den Kindern sich wieder finde, oft aber auch durch Geisteskrankheit der Kinder ersetzt werde. Lunière schätzt die Zahl der Idioten und Imbecillen, deren Eltern notorische Gewohnheitstrinker waren, auf 50%. Nach Sollier war bei 350 Familien, in denen chronischer Alcoholismus nachgewiesen wurde, 40% erblich belastet. In 106 Fällen war bei den Eltern Alcoholismus nachweisbar. Sehr schlagend sind die Erhebungen von Bourneville. Dieser fand unter 1000 Idiotenkindern:

471 mal chron. Alcoholismus des Vaters,
84 „ „ „ der Mutter,
65 „ „ „ bei beiden Eltern,

in 171 Fällen fehlten die Angaben, 57 mal wurde Trunkenheit des Vaters zur Zeit der Conception gemeldet. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen die Forscher anderer Länder. So theilt Dodge (New York) mit, dass unter 379 Trinkern seines Asyles 180 mal das Leiden von den Vorfahren als solches geerbt wurde. Eine grosse Anzahl gehörte zu den periodischen Trinkern. Hier muss eingeschaltet werden, dass jene krankhafte Periodicität des Nervenlebens, welche zur periodischen Trunksucht — zur Dipsomanie — führt, zweifellos eine eminent erbliche Erkrankung ist. Nach den Untersuchungen von Lanceraux, vorgenommen in den Spitälern von Paris (813 Fälle), ist der Hang und Trieb zur Trunksucht als solcher, sehr häufig bei der Nachkommenschaft wieder zu finden, ausserdem allerdings eine grosse Anzahl von Nerven- und Geisteserkrankungen. Von letzteren ist besonders die Epilepsie sehr häufig durch Trunksucht der Eltern vor-



bedingt. Nach M. Martin (Paris) waren bei 83 epileptischen jugendlichen Individuen 60 Abstämmlinge von trunksüchtigen Eltern. Nach Lanceraux stellen die Epileptiker von alcoholischen Eltern sogar einen speciellen Typus dar, — mit Asymmetrien des Schädels und zurückgebliebenem Körperwachsthum stigmatisirt. Féré konnte in einer Zusammenstellung bei 308 männlichen Epileptikern 118 mal Alcoholismus der Vorfahren constatieren. Bei 286 weiblichen Epileptikern fanden sich unter den Vorfahren 130 mal Trunksüchtige. Ich darf hier im Allgemeinen hinzufügen, dass die Litteratur über schwere Gehirnmissbildungen mit Idiotie sehr häufig die Trunksucht der Eltern als Ursache anführt. Professor Hitzig kam auf Grund seiner Erfahrungen sogar zum Schlusse, dass die Kinder von Trunkenbolden eine grössere Disposition zu Nervenerkrankungen erben, als die Kinder von nervösen und geisteskranken Eltern. Was die Zahl der Nachkommen anbelangt, so geht schon aus den Zusammenstellungen von Lippich und Frank hervor, dass die Ehen der Säufer einen geringeren Kindersegen und häufigere Fehlgeburten aufweisen. Nach Macnish und Anderen ist die Kindersterblichkeit der Trunkfälligen auffällig erhöht.

Von allen Autoren in allen Ländern wird übereinstimmend angegeben, dass die Nachkommen der Trunksüchtigen im Körperwachsthum zurückbleiben, schlecht sich entwickeln und häufig jenen Typus von Zurückgebliebenheit aufweisen, der als Infantilismus (Lasègue) bezeichnet wird. Aehnliches findet sich, wie schon Morel gezeigt hat, bei jenen Unglücklichen, die schon seit Kindheit dem Alcoholgenusse ergeben sind. Ein sehr orientierender Massstab wurde gefunden in der Erhebung der Zahl Militäruntüchtiger in Ländern, wo der Branntweinconsum ein beträchtlicher ist. Magnus Huss bezeichnet für Schweden die Abnahme der Körperkraft, den kleineren Wuchs, die Sterilität und die Zunahme der Sterblichkeit als die Folgen des verbreiteten Branntweingenusses. Seit der energischen gesetzlichen Abhilfe soll der Procentsatz der Diensttauglichen dort merklich zugenommen haben. In dem ausgezeichneten Buche von Baer über den Alcoholismus finden sich auch tabellarische Zusammenstellungen über Miltärtauglichkeit und Alcoholconsum, welche das bisher Gesagte bestätigen. In dem grossen Berichte von Myers wird mitgetheilt, dass die Vererbung des Alcoholismus in Amerika in den letzten 15 Jahren um 5 % zugenommen habe. Ebendaselbst finden wir, dass Bewan Lewis 64 % vom chronischen Alcoholismus der Vererbung zuschreibt. In der Zusammenstellung von Jenny Koller — Züricher Anstalt (Forel) — erwiesen sich von Trinkerinnen 79 % erblich belastet, von Trinkern 69 %.

Zahlreich sind die Einzelbeobachtungen, welche wohl jeder erfahrene Arzt vermehren kann, durch welche dargethan wird, dass auch bei ursprünglich gesunden Eltern durch die Trunksucht eine schwere Beeinträchtigung der nervösen Constitution der Kinder sich vorfand. So hat Bieraccini zwei Familien genauer verfolgt, wo die Eltern nicht erblich belastet, aber dem Trunke ergeben waren. Er fand, dass die abstammenden Kinder, und zum Theil Kindeskinder, fast durchweg Trunksucht, Geistesschwäche, Verkommenheit und grobe Gehirnerkrankungen darboten. Demme verfolgte die Nachkommenschaft von zehn Familien, die unter dem Einflusse regelmässigen Alcoholmissbrauches standen. Bei 9 Familien mit insgesammt 31 Kindern wurden nur 9 normale Kinder gezählt, bei den übrigen war angeborene Lebensschwäche, Wasserkopf, Blödsinn, Zwergwuchs, epileptische Krämpfe constatiert. Aus einer Familie, wo Vater und Mutter der Trunksucht ergeben waren, ging kein einziges normales Kind hervor. Derselbe Forscher gab auch eine Vergleichstabelle von 10 gesunden Familien, wo unter 61 Kindern nur 9 mal Lebensschwäche und Nervenerkrankungen constatiert wurden, während 50 Kinder normal blieben und die anderen Kinder anderweitige Organerkrankungen zeigten.

Eine kurze Aufmerksamkeit verdient hier auch das Verhältniss der Trunksucht zur Häufigkeit der Verbrechen bei den Nachkommen. Dass Gewohnheitstrinker selbst einen sehr hohen Procentsatz von Verbrechern liefern, ist wohl eine anerkannte Erfahrung. Die Untersuchungen von Baer haben aber auch ergeben, dass unter den Gefangenen im deutschen Reiche beiläufig 24 % von trunksüchtigen Eltern stammen. Benda konnte in 30 % der untersuchten Verbrecher (500) Alcoholismus der Eltern nachweisen. Marro hat bei 507 Verbrechern 46 % durch Trunksucht der Eltern belastet constatiert. Tarnowska fand unter 150 Prostituierten 82 % Nachkommen von trunksüchtigen Eltern. Es ist bemerkenswerth, dass unter den 367 Kranken der Irrenanstalt Burghölzli unter den belastenden Momenten 163 mal, also in 43 % die Trunksucht angegeben wurde. Ich selbst habe bei den 5000 Geistes- und Nervenkranken der letzten fünf Jahre auf meiner Klinik 460 mal die Trunksucht als sichere Ursache nachweisen können (also in 10 %). Unter diesen letzteren 460 Patienten aber waren 250 durch Trunksucht der Eltern belastet (59 %).

Die hier gesammelten Thatsachen und Erfahrungen (Legrain) wollen selbstverständlich nur vorsichtig zu Schlüssen verwerthet werden. In jedem Falle beweisen



sie, dass ein vielfacher Zusammenhang besteht zwischen chronischer Trunksucht der Eltern und Nervensiechthum der Nachkommen.

Dabei besteht wohl kein Zweifel, dass

I. a) in zahlreichen Fällen ein abnormales Nervenleben im vorhinein zur Trunksucht praedestinirt, und dass auch diese nervöse Constitution an und für sich bei der erblichen Krankheitsübertragung sich geltend macht. Diese im vorhinein nervenkranken Trinker stellen jedoch keineswegs die Gesammtheit, sondern nur eine — sehr verschieden taxirte Gruppe dar.

I. b) Es darf auch gesagt werden, dass auch bei dieser Gruppe gewisse Erkrankungen z. B. Hysterie und Epilepsie erst mit Hilfe des Alcohols ihre ganze degenerirende Wirkung auf den Organismus entfalten, d. h. die Trunksucht macht nicht allein die Krankheitsdispositon evident, sondern sie ist wohl imstande bei empfindlichen Nervenorganismen Krankheiten zu verschlimmern oder erst Dispositionen zu erzeugen. — Wie rasch durch Trunksucht die Entartung auch gesunder Elemente hervorgerufen wird, zeigt auch die Geschichte ganzer Völker, bei welchen mit Einbruch des Branntweins und Feuerwassers das gesammte Volk der körperlichen und moralischen Verkommenheit anheim fiel. Dies trifft nicht nur bei den Indianern zu, sondern scheint auch bereits eine Erfahrung zu sein, welche der Gesetzgebung Lykurgs zugrunde lag, welcher nicht seinen Spartanern, wohl aber den unterjochten Völkern den Alcohol erlaubte.

II. Im vorhinein muss auch zugegeben werden, dass die Trunksucht der Eltern den Zusammenbruch des Familienlebens, ebenso Noth und Elend, endlich aber auch verderbliches Beispiel schafft. Gewiss ist dies der Weg, welcher desgleichen häufig den constatirten Zusammenhang der Trunksucht der Eltern mit angeborenen Gebrechen der Kinder verschuldet. Keineswegs aber sind diese Folgen stets vorhanden, sie erklären auch nicht die zahlreichen Abnormitäten, welche bei den Kindern im vorhinein gegeben sind, denn wiederholt wurde auch beobachtet, dass derselbe Vater in einer mässigen Phase seines Lebens gesunde Kinder zeugte.

Wenn wir also vollauf zugeben, dass die Trunksucht häufig ein Ausdruck, ein Symptom einer individuellen und Rassendegeneration ist, so bleibt doch ebenso berechtigt die Annahme, dass die Trunksucht an sich eine Ursache abgebe für körperliche und seelische Krankheit und Entwicklungsstörung der Kinder.

Dies die Frage, welche ich in den Brennpunkt Ihrer Aufmerksamkeit rücken will. Ich will dieselbe noch anders formuliren: kann die stetige Alkoholvergiftung das Keimplasma des Trinkers derart verändern, dass auch eine Abartung der Nachkommenschaft dadurch bewirkt wird?

Im Allgemeinen ist es ja bekannt, dass zwei wichtige Factoren krankhafte Constitution und krankhafte Entwicklungsstörungen hervorrufen können, nämlich: die Infection und die Vergiftung. Um letztere handelt es sich hier. Am besten wird wohl die klare Meinung hierüber begründet dadurch, dass wir die chronische Wirkung anderer Gifte ins Auge fassen.

Am besten eignet sich hiezu der Vergleich mit dem Bleigifte, dessen Einwirkung ähnliche Nervenentzündungen, ähnliche Delirien wie der Alcohol hervorruft. Das Blei gehört nicht zu den Giften, welches als Genussmittel eine Anziehung für Nervensieche abgiebt. Trotzdem wissen wir durch die Untersuchungen englischer und französischer Autoren, dass die Kinder der Bleiarbeiter eine grosse Sterblichkeit zeigen, von Gehirnkrankheiten und Convulsionen, von Idiotie und Epilepsie besonders häufig heimgesucht werden. M. Roque hat auch gefunden, dass die Bleivergiftung bei Vater und Mutter zugleich sich in angeborenen Erkrankungen der Kinder viel lebhafter zur Geltung bringe. Nach Heilung der Bleivergiftung werden wiederum gesunde und normale Kinder zur Welt gebracht. Aehnliches wird gemeldet von den Wirkungen des Quecksilbers, z. B. berichtet Guislain von einem Manne, dessen Kind aus der Zeit der Quecksilberschmierkur idiotisch wurde, während alle Kinder vor- und nachher körperlich und geistig gesund blieben. Was den Alcohol betrifft, so liegen auch verschiedene Thierexperimente vor (Maizet u. a.), dass die chronische Alcoholvergiftung beim Hunde, sowohl beim Männchen als auch beim Weibchen, verderblich auf die Jungen wirkt. Von Féré wurden Experimente mitgetheilt, dass bei Vergiftung von Eiern mittelst geringer Alcoholdosen, die ausgebrüteten Hühnchen auffällig häufig Abweichungen und Missbildungen darboten, dass also experimentell durch Alcoholvergiftung des Eies Missbildungen erzeugt werden können. — Auch andere Vergiftungen des Eies haben derartige Folgen. —

Auch Weissmann,*) welcher bekanntlich das Keimplasma als unveränderlich und constant bezeichnete und Vererbung von erworbenen Eigenschaften läugnet, bestreitet nicht die Vererbbarkeit allgemeiner Krankheitszustände des Körpers, des Alcoholismus, der Epilepsie und der erworbenen Immunität gegen einzelne Krankheiten.

Ich darf hier auf einen wenig beachteten Zusammen-

*) Dieser Autor bezeichnet den geschilderten Vorgang der Krankheitsübertragung nicht als Vererbung im engeren Sinne des Wortes, sondern als Giftübertragung oder Ansteckung des Keimes.



hang hinweisen, welcher bei schwereren Missbildungen des Gehirnes mit einzelnen Drüsenorganen schon beim Foetus besteht. So wurde von älteren und neueren Autoren (Zander) gefunden, dass bei schwereren angeborenen Hirnleiden (besonders Hemi- und Anencephalie) die Nebennieren hochgradig verkümmert sind oder gänzlich fehlen. Abgesehen aber von dem Defecte dieser Drüse sind grobe Entwicklungsstörungen des Gehirnes auch noch fast regulär begleitet von weitgehenden Verkümmerungen der Keimdrüsen.

Wenn wir auch diesen interessanten und geheimnissvollen Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Nervensystems und der Drüsen in den letzten Ursachen noch nicht begreifen, so bleibt es doch eine sehr beachtenswerthe Thatsache.

Beim fertigen Organismus ist die Thätigkeit der Drüsen vom Nervensystem fast eben so abhängig wie die Thätigkeit der Muskeln. Die weitgehenden Störungen der Nervenfunction, wie sie der Alcoholismus in der Alcoholepilepsie darbietet, vermögen schon an und für sich eine Störung der Drüsenfunction hervorzurufen, inclusive der Keimdrüsen.

Beim chronischen Alcoholisten kommen noch andere Momente in Betracht. Hier werden allgemach am Herzen und am Gefässsystem vorzeitige Altersveränderungen hervorgerufen. Die direkte Vergiftung hat mannigfache Gewebsveränderungen an den Drüsenorganen, besonders den Verdauungsdrüsen gesetzt, Erkrankungen, welche schliesslich zur Verminderung der Function und Absonderung führt. Auf diese Weise ist der Stoffwechsel krankhaft verändert worden, und es wurde eine neue und verschlechterte Constitution gesetzt. Dergestalt wird es uns auch wohl begreiflich und erklärlich, dass einem allgemein veränderten und verschlechterten Organismus auch entartete Keime entstammen.

Ich will das Gesagte in folgenden Leitsätzen verdichten:

1. Zwischen Trunksucht der Eltern einerseits, und Nervenkrankheiten und Degeneration der Nachkommenschaft anderseits, bestehen ausgiebige und häufig constatierte Beziehungen.

2. Trunksucht der Eltern und Entartung der Nachkommen können beide mitunter als Folgen einer Ursache aufgefasst werden, nämlich als Folge einer im vorhinein gegebenen erblichen Nervenkrankheit.

3. Auch im letzteren Falle ist es höchst wahrscheinlich, dass durch die stetige Alcoholvergiftung eine bestehende Krankheitsanlage zur evidenten Krankheit entwickelt wird, und dass dadurch die erbliche Krankheitsübertragung auf die Nachkommenschaft sich schwerer gestaltet.

4. Die mittelbare Schädigung, welche Noth und Elend, damit einhergehend mangelhafte Hygiene der Mutter und des Kindes, herbeiführen, ist dabei entschieden zu veranschlagen, doch ist dieser Factor nicht allein ausschlaggebend.

5. Chronische Vergiftung des väterlichen oder mütterlichen Organismus mit Alcohol ist an und für sich imstande eine krankhafte Artung und gestörte Entwicklung des kindlichen Organismus hervorzurufen.

M. H.!

Wenn die letztere vorsichtige Folgerung richtig ist, dann brauchen wir uns nur zu erinnern, dass es die Nachkommen vieler Millionen Menschen sind, deren Fluch durch unverschuldete Erbsünde im vorhinein besiegelt ist; weiterhin: dass es sich hier nicht nur um dauernde Folgen der Trunksucht, sondern um fortwachsendes, in den Nachkommen sich progressiv vervielfältigendes Elend handelt. Lassen Sie sich nur einmal schildern, was ein einziges verkommenes oder minderwerthiges Kind für die ganze betroffene Familie bedeutet!

Ich mag diese düsteren Erwägungen nicht schliessen ohne einen Blick zu thun in jene Richtung, von der uns gute Hoffnung winkt. Nicht thatenlos wollen wir unserem Verfalle zusehen wie einer antiken Schicksalstragödie. Schon hat die Wissenschaft erkennen gelehrt, dass es auch eine Abnahme der familiären Entartung giebt, dass eine Sanierung, eine Regeneration ganzer Familien möglich ist.

Schon ist von Seite vorausblickender Aerzte der lebendige Ruf ergangen, die Race zu sanieren, die Erblichkeit zu bessern; corriger l'hérédité ist auch der humane Kampfruf französischer Aerzte. Der Arzt hat nicht nur die Aufgabe, einzelne Individuen zu behandeln, sondern sich verständnissvoll in den Dienst der Racenhygiene zu stellen.

Wenn wir unter Cultur den stetigen Zuwachs an Einsicht und Kenntnissen, die Zunahme an vernünftigen und edlen Ueberlieferungen, die gesteigerte Mitempfindung der Menschen verstehen, dann können wir die Cultur als eine grosse mächtige Heilkraft bezeichnen; denn, wenn sie zu veredelter Körperpflege, zu vernünftiger moralischer Lebensweise, zu Bedachtnahme auf die künftigen Generationen führt, — dann wird für den Einzelnen und dessen Nachkommen das ermuthigende Dichterwort im weitesten Sinne zur Wahrheit:

„Die Seele ist's, die sich den Körper bildet."

Der Beruf des Seelsorgers in der Irrenanstalt.

In No. 25, Jahrg. II dieser Zeitschrift hatte ich bemerkt, dass einige Sätze in dem Vortrag über Beruf des Seelsorgers der Einschränkung bedürften.

1. Insbesonders erwähnte ich, es hätte nie ein Grundsatz in der k. Lehre existirt, der lautete: „Alle Uebel ohne Ausnahme sind nur als Folgen der eigenen Sünden und Strafen Gottes anzusehen.“ H. Hempel erwidert nun in No. 40. Hat er nun in seiner Entgegnung obige Sätze bewiesen? Ich bezweifle es.

Der Verfasser hatte in No. 11 also behauptet:

> Alle Lehren der mittelalterlichen Kirche lassen sich in dem Satze zusammenfassen: „Krankheit ist Besitzergreifung durch das böse Princip.“ . . . . Das hierarchische Streben der Kirche war stark genug, alle Aufklärungsversuche zurückzuweisen. Viele Opfer der Geisteskrankheiten werden Opfer der Hexenrichter, die Thätigkeit der Kleriker ist Führung der Hexenprocesse, ihre Seelsorge besteht in Vorbereitung der Hexen zum Tode. Nicht das Christenthum, nicht Christus (der — vgl. Geschichte vom Blindgeborenen — den Zusammenhang von Sünde und Krankheit klar und entschieden abweist) ist für diese verhängnissvolle Entwicklung der Lehre verantwortlich zu machen, sondern jenen Trägern der Hierarchie, welche nicht sowohl die Macht über die Geister, als Gewalt über Leib und Leben ihrer Glieder erstrebte, ist die Schuld beizumessen. Der Grundsatz, dass alle Uebel ohne Ausnahme nur Folgen der eigenen Sünde und Strafen Gottes seien, widerspricht theils der menschlichen Erfahrung, theils der Weltbeurtheilung Jesu. — Muss nicht auch der Gerechte leiden? Ja gerade die christliche Weltanschauung zeichnet sich durch das Zartgefühl aus, welches den Christen hindert, jedes Uebel als Strafleiden, jede Krankheit als Folge bestimmter Sünden anzusehen. Die Herrschaft jener unchristlichen Ideen ist um so begreiflicher.“ —

Diesen Sätzen gegenüber hatte ich behauptet, es sei nie Grundsatz in der k. Lehre gewesen, jedes Uebel als Folgen persönlicher Sünden anzusehen. Hierauf entgegnet H. Hempel in No. 40, und er beweist, dass man Uebel als Strafen für Sünden angesehen habe; dieses war nun nicht zu beweisen, sondern dass jedes Uebel als Strafe für persönliche Sünde galt. Dieser Beweis ist nicht gelungen.

Aus dem Mittelalter hat der Verfasser mir leider keinen einzigen Theologen für seine Ansicht namhaft gemacht. Der Ausspruch von Amselm: „Necesse est, ut omne peccatum satisfactio aut poena sequatur“ könnte nur beweisen, dass Gott jede Sünde straft, wenn wir uns nicht der Satisfactio (Christi) theilhaftig machen. Anselm sagt aber nicht, dass jedes Uebel Strafe einer persönlichen Sünde sei. Es ist doch etwas Anderes, zu sagen, der Richter straft jedes Vergehen gegen das Gesetz durch ein Uebel, und, jedes Uebel ist eine Strafe für ein persönliches Vergehen gegen das Gesetz. Anselm wirft hier übrigens die Frage auf, ob die Menschen ohne Erlösung (satisfactio Christi) der Strafe verfallen wären. Wenn man die Stelle bei Anselm als unbedingte Nothwendigkeit deutet — Bonaventura und Duns Scotus wollen unter dieser necessitas mit Rücksicht auf sonstige Aeusserungen Anselm's nur als Congruenz interpretiren — so würde man dennoch obige Aeusserung nicht als die Ansicht des Mittelalters hinstellen können; Anselm nämlich steht hier ganz im Gegensatz zu Augustin, Thomas und den übrigen Theologen des M.-A.

Dass übrigens Anselm einen gütigen und barmherzigen Gott kennt, beweist sein herrliches Lob auf dessen Barmherzigkeit („Warum Gott der Bösen schont“) vgl. Prologium c. IX. de dei existentia.

Ob die vom Verfasser citirten Geissler jedes Uebel als Strafe für persönliche Sünde ansahen, ist mir unbekannt; der Verfasser sagt auch nur, dass diese Geisslerfahrten zunächst unabhängig von der Kirche stattfanden; er hätte noch hinzufügen können, dass später von seiten der Kirche streng gegen das Treiben derselben eingeschritten sei. — In Betreff der Springprocessionen verweist H. Hempel auf Häser III. 195. Dass Veitstanz u. s. w. dort als Strafe für persönliche Sünden hingestellt wird, habe ich nicht finden können; Häser sagt nur, man mache diese Procession wegen Befreiung von diesen Uebeln.

Dass insbesondere „Uebel Leibes und der Seele stets als Strafübel (für persönliche Sünden?) galten, sobald sie als dämonisch vermittelt dargestellt wurden“, habe ich in den Werken mittelalterlicher Theologen nicht finden können.

So bin ich denn auch jetzt noch der Ansicht, es sei nie „Grundsatz“ in der kirchl. Lehre gewesen „jedes Uebel sei Strafe für persönliche Sünde oder Besitzergreifung des bösen Princips“. Wie sollte man das auch annehmen z. B. bei Kindern, Unmündigen u. s. w.? — Erst spät ist ein solcher Satz aufgestellt von Baius, der behauptete: „Omnes omnino iustorum afflictiones sunt ultiones peccatorum ipsorum“. Ferner wurde von Quesnel die Ansicht verbreitet: „Afflictiones semper serviunt, vel ad puniendum peccatum, vel ad purificandum peccatorem“. Die schnelle Verwerfung*) dieser Sätze durch die Kirche zeigt aber, wie fremd solche Ansichten der Kirchenlehre waren. In Bezug auf das A. Testament (auch auf das N. T. und das M.-Alter?) schränkt der Verfasser seinen

*) vergl. Denginser, Enchiridion. Würzburg, Stahl Nr. 952, 1285.



früheren Satz etwas ein und sagt, das Uebel habe schlechthin als Strafe gegolten; damit nähert er sich erfreulicherweise meinem Standpunkte.

2. Der Verfasser hatte sodann behauptet, die meisten Lektoren der Medicin seien scholastisch gebildete Theologen gewesen. Zum Beweise führt derselbe nun Stellen aus Häser an, dass Mediciner geistliche Pfründe bezogen, sich dem geistlichen Stande angeschlossen hätten. Diese Stellen hatte ich selbst gelesen, trotzdem habe ich obige Ansicht bestritten. Hat nun der Verfasser seine Ansicht bewiesen? — Ist ein Mediciner schon dadurch ein Theologe, dass er geistliche Pfründe bezieht? Nennen wir etwa einen Minister, der z. B. als Domherr von Naumburg kirchliche Pfründe bezieht, einen Theologen? Nein. Aber es „traten die Lektoren dem geistlichen Stande bei"! Mag sein. In Italien scheert man Knaben von 12 Jahren das Haupthaar; die Knaben sind durch die Tonsur „Cleriker" geworden, aber keine scholastisch gebildete Theologen.

Auch heute kommt es noch vor, dass Jemand zur Geniessung einer kirchlichen Stiftung für Cleriker sich die Tonsur geben lässt; er studirt aber weder Theologie, noch empfängt er die Priesterweihe.

Häser (I. 831) sagt: „Viele Laien liessen sich, ohne eigentlich in den geistlichen Stand zu treten, die niederen Weihen geben, um an den Vorrechten der Kleriker Theil zu nehmen." „In vielen anderen Fällen ist der geistliche Charakter nur scheinbar" (S. 832). Dass die meisten Professoren der Medicin scholastisch gebildete Theologen waren, sagt Häser nicht; er scheint es sogar auszur schliessen, da er bemerkt, namentlich vor Gründung der Universitäten hätten Kleriker Medicin studirt, um sie auszuüben oder auch zu lehren (in Klöstern?)*). Von den Aerzten im Allgemeinen sagt er: „Die Mehrzahl derer, welche die Heilkunde als Beruf ausübten, gehörten dem Stande der Laien an". I. S. 835. — Seit 1131 (Conc. v. Reims) fing man an, die Medicin den Mönchen zu verbieten. Alexander III. that dieses auf dem Concil von Tours. Honorius III. dehnte das Verbot endlich auf alle Priester aus (X. 3. c. 10 lit. 50). Dass ein Theologe Naturwissenschaft vorträgt, wie Albertus, ist nicht zu verwundern. Das ist noch im 19. Jahrhundert in Preussen geschehen.

Herr Hempel identificirt unrichtiger Weise Cleriker und Theologe; nicht so Häser und das Mittelalter, das bei allem „Spielen mit Begriffen" doch Cleriker und Theologe wohl unterschied. So ist denn der Verfasser hinter dem Ziele zurückgeblieben; er hat weder bewiesen, dass die meisten Lektoren der Medicin Cleriker waren, noch auch die meisten Lektoren Theologen waren. Ich glaube auch nicht, dass sich das beweisen lässt. — Das Thema vom verderblichen oder nicht verderblichen Einfluss der Scholastik habe ich nicht angeschnitten; ich gehe auch nicht darauf ein; es liessen sich darüber Bücher schreiben.

3. Dass die Hexenprocesse 1520 weltlich wurden, ist wohl nicht zu bestreiten; ich bemerke noch, dass im Hexenhammer selbst eine Thätigkeit auch der weltlichen Gerichte angeregt wurde, allerdings aus anderen Gründen, als „um die Hexenprocesse zu hierarchischen Zwecken auszubeuten". Diesen Ausdruck habe ich in Geschichtswerken nicht gefunden; anscheinend versteht der Verfasser unter diesem Ausdrucke etwas Anderes, als gewöhnlich darunter verstanden wird, wie sein Hinweis auf die Bulle „Summis" beweist.

4. Noch einige Worte in Bezug auf den Intellect bei Thomas. Würde Thomas gesagt haben: „Bei den Geisteskranken ist nicht der Körper krank und geschwächt, sondern der Geist, so würde man gesagt haben: Seht den rückständigen Scholastiker des M.-A. Thomas sagt das nun nicht. Erfreulicherweise erkennt der Verfasser in seiner Entgegnung diesen Standpunkt des Thomas in Bezug auf den Intellect an, nur scheint er mir die „niederen Funktionen" (vegetativen und animalischen) etwas niedrig anzuschlagen und die organische Thätigkeit des Gehirnes wenig zu berücksichtigen.

Thomas nimmt neben der höheren Erkenntniss und dem höheren Gedächtnisse eine sinnliche Erkenntniss und ein sinnliches Gedächtniss an. — Die beiden letzteren Vermögen sind thätig — entgegen den beiden höheren Vermögen — durch Organe. Von der sinnlichen Erkenntniss heisst es: Virtus cogitativa, cum operetur per organum c. g. II. 73. — Ebenso ist das sinnliche Gedächtniss nach Thomas durch ein Organ thätig. Und er sagt ferner, dass beim Denken stets auch die sinnlichen Vermögen thätig sein müssen (Phantasie u. s. w.). Thom. de memoria. l. 2.

Was den Sitz der sinnlichen Urtheilskraft angeht, so nimmt er dafür an das vordere Gehirn („Anterior pars cerebri prope vultum". Vgl. Schneid, Pchychologie, Paderborn, Schöningh 1892.)

Unde dicitur ratio particularis (sinnl. Erkenntniss), cui medici assignant determinatum organum sc. mediam partem capitis. I. qu 78. a. IV. —

Was man heutzutage Intellect nennt, ist mit wenigen Worten nicht zu sagen; nach den verschiede-

*) Grundriss S. 146.



nen Systemen giebt es auch verschiedene Erklärungen. Vgl. No. 31 und 32 1900 dieser Zeitschrift. Für unseren Zweck genügt es festzustellen, dass Thomas beim Denken eine gleichzeitige Thätigkeit der sinnlichen Vermögen annimmt, und dass er Störungen des Blutlaufes im Gehirne, Erkrankung und Schwächung oben genannter Organe als Ursachen der Geisteskrankheiten gekannt hat.

Am Schlusse seiner Entgegnung sagt der Verfasser: „Bedeutsam für Würdigung der Anschauung des Thomas über Geisteskrankheiten ist der Satz, dass auch die Himmelskörper indirecte ad bonitatem intelligentiae operari!" Der Zusammenhang im Texte ist dieser: Democrit, Empedocles hehaupteten, die Thätigkeit unseres Intellectes folge den Bewegungen der Gestirne. Die Stoiker sagten: Die Erkenntniss unseres Intellectes käme daher, „quod imagines corporum nostris mentibus imprimuntur; secundum quorum sententiam sequebatur, quod maxime ex impressione corporum intellectuales notiones nobis imprimerentur; unde et Stoici fuerunt, qui praecipue necessitate quadam fatali hominum vitam duci posuerunt." Gegen diese Ansichten wendet sich Thomas in mehreren Beweisen; die Gestirne könnten nicht direkt auf unseren Verstand einwirken, noch auch auf unser Wollen. Thomas steht also weit über diesen Philosophen.

Die Himmelskörper hätten aber einen indirekten Einfluss auf unser Denken, indem sie auf das Wohlergehen des Körpers einwirkten.

Sollte der Mensch gut denken können, müsste die Körperverfassung auch gut sein; so könnte der Arzt von einem gesunden Körper auch auf einen gesunden Verstand schliessen. Ebenso leugnet Thomas den direkten Einfluss der Himmelskörper auf unser Wollen; unsere Entschlüsse richteten sich nicht, wie die Stoiker wollten, nach den Sternen; sie würden nicht nothwendig von den Himmelskörpern verursacht, sondern letztere könnten nur Veranlassung zum Wollen werden. Z. B.: Wenn durch die Stellung der Himmelskörper Kälte eintrete, so könnte die Kälte unseres Körpers Veranlassung werden, dass wir die Wärme aufsuchten.

Manches in den Ausführungen eines Thomas ist ja falsch; dieses ist aber auch heute noch wahr, dass z. B. die Sonne einen wohlthätigen Einfluss auf das Gedeihen des Körpers hat, somit indirekte ad bonitatem intelligentiae beiträgt; mens sana in corpore sano.

Ein Einfluss der klimatischen und Witterungsverhältnisse ist auch nicht ganz abzustreiten, wenn auch übertrieben ist, wenn gesagt wird:

„Bei blauem Himmel und strahlendem Sonnenschein schuf Chopin seine glanzvollen feurigen Tondichtungen. Bei bedecktem Himmel an stillen Herbsttagen, wo man das Geräusch der langsam von den Bäumen fallenden Blätter vernimmt, dichtete er seine melancholischen Nokturnen". Ich habe mich weniger gewundert über verschiedene Unrichtigkeiten bei Thomas, als darüber, dass noch im Jahre 1882 von einem Einfluss der Himmelskörper die Rede ist. Hat doch noch Dr. Koster, Direktor der Irrenanstalt zu Marsberg, die Stellung der Himmelskörper zu den Geisteskrankheiten in Beziehung bringen wollen. Vgl. dessen Buch: „Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins", Bonn, Strauss. 1882. In diesem Buche werden auch noch andere Autoren genannt, welche verschiedene Krankheiten auf die Stellung der Himmelskörper zurückführen wollen.

Was mich zu den Ausführungen in No. 25 veranlasste, war Folgendes: Ich fand es befremdlich, dass in einem theilweise geschichtlichen Vortrage über Seelsorge nur Fehler der Geistlichen Erwähnung gefunden hatten. Es würde gewiss auch kein Vortrag über Psychiatrie befriedigen, der von den früheren Jahrhunderten nur Tadelnswerthes enthielte. Darum habe ich hervorgehoben, was ebenso nahe lag, dass auch Cleriker gegen die Hexenprocesse aufgetreten seien, dass die Kranken auch zu Predigt, Sakrament u. s. w. zugelassen seien, dass auch einem Thomas nicht ganz unbekannt war, durch körperliche Uebel könnten Geisteskrankheiten verursacht werden. Nur so kann der Vortrag als objectiv gelten.

Münster i. W.

Heyne, Anstaltsgeistlicher.

Darf eine Trinkerheilanstalt einen Trunksüchtigen kraft Auftrages des Vormundes festhalten?

Ministerialbescheid, wiedergegeben von Dr. *Bratz*-Wuhlgarten.

Den Lesern dieses Blattes ist die im Titel angedeutete Streitfrage geläufig.

Zweck dieser Zeilen ist es nicht, die Frage von neuem zu erörtern, sondern nur zu ihrer Lösung neues Material beizubringen. Herr Reichstagsabgeordneter Dr. jur. Esche hat mir dasselbe vor Jahresfrist zur



Veröffentlichung übergeben und ich habe in der Diskussion des Berliner Psychiatrischen Vereins im Juni d. J. darauf Bezug genommen:

Der Dresdener Bezirks-Verein gegen Missbrauch geistiger Getränke hat vor der Errichtung der dort geplanten Trinkerheilanstalt die Rechtsverhältnisse der neuen Anstalt klarstellen wollen. Der Bezirksverein hatte zu diesem Zwecke eine Eingabe an die dortigen Ministerien gerichtet und unter Anderem erbeten:

„Das Königliche Ministerium der Justiz wolle geneigtest darüber Entschliessung fassen, ob die Vormundschaftsgerichte angewiesen werden sollen, darauf hinzuwirken, dass die nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für das Deutsche Reich wegen Trunksucht unter vorläufige Vormundschaft Gestellten, sowie die wegen Trunksucht Entmündigten der von dem Verein geplanten, staatlicher Ueberwachung unterstellten Heilanstalt für Trunksüchtige zur Heilung zugewiesen werden."

Die Anwort nun des Königlichen Sächsischen Ministerium des Innern lautet wörtlich:

„Dresden, den 14. Dezember 1899.

Dem Ministerium des Innern gehen, wie dem Dresdener Bezirksverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke auf die Immediateingabe vom 14. v. Mts. bei Rückgabe der Beilagen mitgetheilt wird, dagegen Bedenken nicht bei, dass zu der von demselben geplanten Errichtung einer öffentlichen Heilstätte für Trunksüchtige für das Königreich Sachsen Seitens der zuständigen Behörde, soweit dies erforderlich ist, Genehmigung ertheilt werden wird, wie auch eine staatliche Ueberwachung der künftigen Anstalt schon zu Folge der Bestimmung in § 19 der durch Verordnung vom 10. Juli 1884 bekannt gemachten neuen Instruktion für die Bezirksärzte, nach welcher dieselben auch die unter der Verwaltung von Vereinen stehenden Krankenanstalten, ingleichen die Siechen- und Rettungshäuser und Zwangsarbeitsanstalten zu revidiren haben, Schwierigkeiten nicht begegnen wird.

Anlangend die ferner in Anregung gebrachte Befugniss der Anstaltsleitung, die ihr mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zugewiesenen Pfleglinge auch gegen ihren Willen bis zu ihrer Genesung festzuhalten, und die Anweisung der Vormundschaftsgerichte, auf die Unterbringung der wegen Trunksucht Entmündigten und derjenigen, die nach § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches wegen Trunksucht unter vorläufige Vormundschaft gestellt sind, in der Trinkerheilanstalt hinzuwirken, so hat das Justizministerium, mit welchem der Zuständigkeit halber in's Vernehmen zu treten gewesen ist, Folgendes anher mitgetheilt:

Nach § 1901 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches habe der Vormund eines Trunksüchtigen darüber zu befinden, ob und in welcher Heilanstalt er den Trunksüchtigen unterbringen will. Bringt er ihn in einer solchen Anstalt unter, so liege im Zweifel darin zugleich der Auftrag, den Trunksüchtigen auch wider dessen Willen in der Anstalt festzuhalten. Ein eigenes Recht, den Trunksüchtigen festzuhalten, habe die Anstalt nicht; sie sei hierzu nur auf Grund der ihr vom Vormund ertheilten Ermächtigung und nur so lange befugt, als die Ermächtigung dauert. Bezwecke der Bezirksverein mit seinem Gesuche nichts weiter, als den Trunksüchtigen mit Zustimmung des Vormundes bis zur Genesung in der geplanten Heilanstalt für Trunksüchtige festhalten zu dürfen, so bedürfe es dazu keiner behördlichen Genehmigung. Beanspruche dagegen der Bezirksverein die Verleihung des Rechtes nach eigenem freien Ermessen über die Festhaltung des untergebrachten Trunksüchtigen Bestimmung zu treffen, so werde dem nicht entsprochen werden können.

Auf den weiteren Antrag, die Vormundschaftsgerichte anzuweisen, dass sie auf die Unterbringung der entmündigten oder unter vorläufige Vormundschaft gestellten Trunksüchtigen in der geplanten Heilanstalt hinwirken, ist der Bezirksverein der weiteren Mittheilung des Justizministeriums zufolge bereits abfällig beschieden worden.

Ministerium des Innern
gez. v. Mertzsch.

Wenn in der hier mitgetheilten Antwort, woran nicht zu zweifeln, das Sächs. Ministerium des Innern die Anschauungen des Sächs. Justizministeriums richtig wiedergegeben hat, so ist also das letztere der Ansicht, dass eine Trinkerheilanstalt das Recht hat, im Auftrage des Vormundes für die Dauer dieses Auftrages dessen trunksüchtiges Mündel in der Anstalt festzuhalten.

Die prinzipielle Bedeutung dieses Ministerialbescheides ist um so grösser, als sie meines Wissens die erste behördliche Entscheidung in dieser viel erörterten Frage darstellt.

Mittheilungen.

— **Entscheidung des Oberlandesgerichts Darmstadt.** Mitgetheilt von Keller, Oberlandesgerichtsrath, Darmstadt, in der deutschen Juristen-Zeitung 1901. Nr. 12.



Beobachtung des Angeschuldigten in einer Irrenanstalt. Zulässigkeit der sofortigen Beschwerde aus § 81 StrPO. im Verhältniss zu § 347 StrPO. Der Angesch. Th., gegen welchen ein Verfahren wegen Mordversuchs u. s. w. seiner Zeit im Hinblick auf seinen Geisteszustand eingestellt worden, wurde im Jahre 1899 wegen öffentlicher Beleidigung verfolgt, jedoch vom Schöffengericht mangels Zurechnungsfähigkeit freigesprochen. Der Staatsanwalt verfolgte Berufung. Im Termin v. 5. Mai 1900 vor der Strafkammer, erklärten die ärztlichen Gutachter dass sie zufolge unzureichender Beobachtung kein zuverlässiges Gutachten abgeben könnten, und beantragten die Verbringung des Angeschuldigten in eine öffentliche Irrenanstalt zwecks Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand. Die Strafkammer vertagte darauf die Verhandlung, nachdem sie dem Angeschuldigten einen Vertheidiger bestellt hatte. Letzterer bestritt den gestellten Antrag, doch entsprach das Gericht (Beschluss-Strafkammer) ausserhalb der Hauptverhandlung dem Verlangen der Sachverständigen durch Beschluss vom 17. Mai. Hiergegen richtet sich die sofortige Beschwerde des Angeschuldigten und seines Officialvertheidigers. Das Oberlandesgericht bejaht die Zulässigkeit des Rechtsmittels aus folgenden Gründen: Zwar herrscht Streit in Lehre und Rechtsprechung, ob die sofortige Beschwerde aus § 81 StrPO. nur im Stadium der Voruntersuchung gegeben, dagegen nach Eröffnung des Hauptverfahrens und vor Urtheilsfällung — sei der Beschluss in der vertagten Hauptverhandlung, sei er durch die Beschlusskammer erlassen — durch § 347 StrPO. unbedingt ausgeschlossen sei, oder ob das Rechtsmittel ohne Rücksicht auf § 347 StrPO. allgemein vor oder nach Eröffnung des Hauptverfahrens statthaft sei. Das Oberlandsgericht schliesst sich der letzteren, dem Angekl. günstigeren Meinung an. Die Entsch. des Reichsgerichts (Strafsachen Bd. 20, S. 378) passt nicht hierher, da dort nicht die Zulassung, sondern die Ablehnung einer solchen Anordnung in Frage war. Sachlich wurde die Beschwerde mit Rücksicht auf das gemeingefährliche frühere Verhalten des Th. und sonstige begleitende Umstände, welche einen derartigen Eingriff in die persönliche Freiheit rechtfertigten, zurückgewiesen. (Beschl. W. 24/00 v. 7. Juni 1900.)

— Erlass des preussischen Ministers der u. s. w. Medicinalangelegenheiten vom 22. März 1901 — M. Nr. 2224 U. III. A. II. — an sämmtliche Königliche Regierungspräsidenten.

Es hat sich als erwünscht herausgestellt, dass diejenigen Anstalten für jugendliche Epileptische und Idioten, in welchen ein geordneter Schulunterricht ertheilt wird, neben der durch die Anweisung vom 20. September 1895 — M. d. g. A. M. 8234 II, M. d. J. II. 10546 II., J. M. I. 5003 II., — jetzt vom 26. März 1901 — M. d. g. A. M. 5020, M. d. J. IIa 2311, J. M. I 1853 angeordneten medicinalpolizeilichen Aufsicht auch in schultechnischer Beziehung soweit erforderlich überwacht werden.

Hiernach ersuche ich, diese Anstalten nach Bedürfniss auch durch die schultechnischen Organe der Regierung revidiren zu lassen. Bei solcher Besichtigung sind die Berichte der Besuchs-Kommission zu berücksichtigen; ebenso ist das Ergebniss der pädagogischen Prüfung zunächst der Besuchs-Kommission zugänglich zu machen und demnächst bei der jährlichen Einreichung der Berichte derselben den letzteren beizufügen. Endlich wird es sich empfehlen, vor Anordnung eingreifender Massnahmen auf Grund der schultechnischen Revisionen neben der referirenden oder korreferirenden Betheiligung des Regierungs- und Medicinalraths erforderlichen Falls auch die Besuchs-Kommission zu hören. gez. Studt.

— XXVI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte Baden-Baden, 8. u. 9. Juni.

1. Bäumler (Freiburg): Hysterie und multiple Sklerose (mit Krankenvorstellung).

Dem Pat. war bei Herausnehmen von Rüben aus der Wintergrube ein Erdstück auf den Rücken gefallen. Er arbeitete noch ein paar Wochen, spürte dann Schmerzen und wurde darauf mit spastischer Paraparese in die Klinik aufgenommen. Er konnte sich schwer aufsetzen, während sich beim Husten die Bauchmuskeln als normal erwiesen. Am rechten Unterschenkel wurde Hyperästhesie festgestellt. Das psychische Verhalten entsprach nicht der traumatischen Neurose. 5 Monate nach dem Unfall erfolgte Entlassung, wobei nur noch Unterempfindlichkeit am rechten Bein bestand. Nach weiteren 5 Monaten wurde Pat. wieder aufgenommen mit Paraparese und Hyperästhesie an beiden Beinen. Rechts bestand vollständige Hemianästhesie, ausgenommen an der rechten Hand. Er schmeckte nichts an beiden Zungenhälften. Das rechte Gesichtsfeld war stärker eingeschränkt als das linke. Patellarreflex lebhaft, Fussklonus angedeutet. Muskelsinn gestört. Pat. kann links die Bewegungen nicht nachmachen, die man rechts passiv vornimmt; umgekehrt geht es jedoch. Deutlich besteht Intentionstremor an den Augen, weshalb Vortr. glaubt, dass sich jetzt eine multiple Sklerose entwickelt.

2. Hoche (Strassburg): Ueber die nach elektrischen Entladungen auftretenden Neurosen.

Blitzgefahr ist in Zunahme (1899 Preussen 182 Menschen getötet, etwa 400 getroffen). Unfälle durch hochgespannte Ströme in der Technik nehmen zu, vor allen beim Wechselstrom. In New-York wurden so in einem Jahre 25 Menschen getötet. Auf die Höhe der Spannung kommt es weniger an, als auf den zeitlichen Ablauf des Stroms; 2—3000 Volt sind manchmal schon ertragen worden In Fällen mit fettiger Hals-Muskeldegeneration haben schon 150 Volt den Tod gebracht. Manchmal fehlt bei Blitz- und elektrischem Tod jede Veränderung, anderwärts finden sich Blutungen und Erstickungssymptome. Die Verbrennung ist schmerzlos, starke Induktionsströme bringen oft Anästhesie, dann Bewusstseinstrübung, Umfallen, Spracherschwerung. Die secundären Folgen, psychische Depression, Neigung zu Erregung, haben üble Prognose.

Im Fall 1 ging der Strom von 500 Volt von Hand zu Hand; 6 Wochen später zeigte sich Kopfweh, Tremor, Extremitätenschwäche, das Bild einer funktionellen Neurose, die nun schon Jahrelang dauert.

Im Fall 2 streifte ein herabfallender Tramdrah, einen Passanten: Rechtsseitige Anästhesie, Sehstörung



Taubheit, psychische Depression, ferner Urinincontinenz, sowie Atrophie des Deltoides mit Erregbarkeitsherabsetzung.

Im Fall 3 erhielt ein Postbeamter während eines Gewitters einen Schlag aus dem Apparat. Nach 5 Tagen trat Schwellung und Röthung des l. Armes mit Schmerzhaftigkeit auf. In 2 Jahren recidivirte das 5 mal bei oder vor Gewittern.

Im Fall 4 zeigte ein Arbeiter infolge von Blendung bei Kurzschluss eine Neurose mit einseitiger Herabsetzung der Sehschärfe.

In der Regel kombiniren sich die Symptome einer organischen und einer funktionellen Erkrankung.

3. von Strümpell (Erlangen): Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse.

Im Jahr 1886 zeigte ein Bauer das Bild einer spastischen Spinalparalyse bei intakter Sensibilität, Hörnerven-, Blasen- und Darmfunktion; keine Atrophie. Schon vor Jahren wollte Pat. etwas Schwere in den Beinen gemerkt haben. Die Starre nahm zu, bis Pat. etwa 34 Jahre nach den ersten Symptomen starb. Sein Vater und 2—3 Brüder desselben hatten denselben Gang. Anatomisch fand sich Pyramidenstrangdegeneration bis in das obere Halsmark; mikroskopisch war geringe Veränderung an Oblongata (Pyramiden), sowie in den Goll'schen Strängen des Halsmarkes zu sehen.

Diskussion: Erb (Heidelberg): Einem derart beobachteten Fall gegenüber muss jeder Zweifel an der Berechtigung der Krankheitsform weichen. Sicher ist, dass es eine primäre reine Pyramidenstrangdegeneration giebt und dass derselben das von ihm vor 26 Jahren entworfene Bild entspricht.

4. Fürstner (Strassburg): Ueber eine eigenthümliche Veränderung des Augenhintergrunds.

Vortr. verweist auf den Fall einer Frau, die an rechtsseitiger Parese, Aphasie und epileptiformen Anfällen litt, und ferner Gefässerkrankung darbot: Venenerweiterung, Nasenbluten, blutigen Urin. Der Augenspiegelbefund zeigte ein sehr plastisches Hervortreten der Arterien, Schlängelung an der Pupille und dunkle Färbung. Keine Pulsation, keine Niveaudifferenz. Sektion zeigte Arteriitis, auch an der Art. ophthalmica, den Ciliar- und Retinalgefässen. In einem anderen Fall fand sich neben Anfällen von Bewusstlosigkeit, Zungenverletzung, rechtsseitige Parese, Patellarreflexerhöhung, Aphasie, etwas Demenz. Der Augenhintergrund war in derselben Weise verändert. Die Deutungen von Seiten der Ophthalmologen sind nicht zutreffend. Das Bild der Augengefässsyphilis ist nicht dasselbe.

5. Hoffmann (Heidelberg): Referat „über disseminirte Sklerose."

Sein Material von 100 Fällen spricht nicht für Zusammenhang mit Metallvergiftung. In 5% trat das Leiden direkt nach einer fieberhaften Krankheit auf. In 10 bis 13% gingen Traumen vorher. Eingehend entwirft Vortr. die Symptomatologie, psychische Alteration, gelegentliche Anfälle; die dysarthrischen Störungen (54%). Tachykardie, Erbrechen, Stimmbandlähmungen, Polyurie, Glykosurie u. a. deuten auf Bulbärerkrankung hin. Schwindel in 64%. Kopfschmerz (40%) ist öfter Frühsymptom. Neben den mannigfachsten Augensymptomen geben die Statistiken 50 bis 80% Nystagmus an, die dem Intentionstremor an die Seite zu stellen ist. Augenmuskelstörung 33%; Pupillendifferenz 33%. Als Spinalsymptom findet man manchmal nur Ermüdung, meist aber spastische Erscheinungen, gesteigerte Reflexe u. a. Bald Parabald Monoparese, bald gekreuzte Lähmung u. s. w. Sensibilitätsstörungen, früher unterschätzt, finden sich in 88%. In 60% Blasenbeschwerden. Nach einer differenzialdiagnostischen Anführung von 25 Krankheiten bezeichnet Vortragender als das wichtigste Hilfsmittel die Vermeidung von Schädlichkeiten, Ueberanstrengung, Erkältung; ferner Bettruhe, Hydro- und Balneotherapie; schliesslich Chinin, Jod, Argentum nitricum, Arsen, Phosphor. Quincke fand bei Quecksilberbehandlung günstige Erfolge. Pathologisch-anatomisch findet man Gefässe, Glia und Nervenzelle wie -faser betroffen. Welche Affektion die Grundlage bildet, ist unsicher. Oft sind die Axone lange erhalten. Schwer ist eine Grenze zwischen sklerotischen und alten myelitischen Herden zu ziehen.

Diskussion:

Erb (Heidelberg): Stimmt bei, verweist auf das Vorkommen von Besserung bei multipler Sklerose. Den Fall Bäumlers sieht er nicht als Sklerose an.

Fürstner (Strassburg) möchte einige Gruppen unterscheiden. In der einen schreitet die Krankheit von den 20er Jahren gleichmässig fort, in einer anderen tritt nach Frühsymptomen ein langer Stillstand auf. Bäumlers Fall fasst er als hysterisch auf.

Edinger (Frankfurt) berichtet von einem Fall, dem ein Kurpfuscher Schwimmenlernen verordnete, wodurch die spastischen Erscheinungen sich für 9 Jahre besserten.

Bäumler (Freiburg) schildert mehrere Fälle mit weitgehender Besserung.

Becker (Baden-Baden) hält den Nystagmus im Bäumler'schen Fall doch für organisch bedingt.

Erb verweist auf die Fälle von Pseudosklerose, die oft grosse Besserung zeigen und anatomisch nichts erkennen lassen.

Bäumler giebt zu, dass sein Fall nicht absolut sicher ist.

Lilienstein (Nauheim) hat Besserung nach Erschütterung beobachtet.

Gerhardt (Strassburg) erwähnt 2 Fälle, in denen klinisches Bild und anatomischer Prozess einander nicht völlig entsprachen.

v. Strümpell erinnert daran, dass sklerotische ebenso wie gliöse Herde sich scharf abtrennen von der Umgebung. Er hält deshalb primäre Gliose für das Wesentliche. Bemerkt, dass es auch echten Tremor bei Sklerose giebt. Die Uebungstherapie ist oft erfolgreich.

Fürstner glaubt, dass zuerst die Markscheiden zerstört werden.

Weigert (Frankfurt) betont, dass die scharfe Abgrenzung der Herde nur scheinbar ist, beruhend auf der Mangelhaftigkeit der Markscheidenmethode. Elektive Gliafärbung giebt stets mehr Herde. Auffallend ist,



dass man nirgends einen eigentlichen frischen Prozess findet.

Hoffmann: Schlusswort. (Schluss folgt.)

Referate.

— Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. Von Oberarzt Dr. Max Fischer in Illenau (Baden). München 1901. Seitz & Schauer. Grossoktav. 41 Seiten.

Nach Lektüre dieser kleinen, aber inhaltsreichen Schrift hatten wir den Eindruck, das Beste gelesen zu haben von dem, was im letzten Decennium über dieses Thema veröffentlicht worden ist. Es ist auch das weitgehendste, denn die übrigen Schriften dieser Art beschäftigten sich vorwiegend mit der administrativen Fürsorge, beispielsweise der Unterbringung oder den einzelnen Verpflegsarten der Geisteskranken in Anstalten oder mit ihren rechtlichen Verhältnissen. Was nützen aber den armen Geisteskranken alle Bestimmungen über Entmündigung und Besorgung ihrer Angelegenheiten, wenn sie gar kein Vermögen haben! Der Verfasser aber macht die materielle Fürsorge für die innerhalb und ausserhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken und ihre Familien zum Gegenstand der Erörterung: „Es soll ein Weg gefunden werden, um zu verhüten, dass die durch ihre Krankheit an sich schon schwer genug getroffenen Geisteskranken und Anstaltspfleglinge durch die Dauer ihrer Krankheit und durch den Anstaltsaufenthalt resp. durch die aus demselben entstehenden fortlaufenden Unkosten in ihrem Vermögen und Besitzstand derart geschädigt werden, dass ihre resp. ihrer Familie sociale und materielle Stellung herabgedrückt oder untergraben wird. Zugleich soll dem Kranken selbst damit die Sorge um ihre Zukunft, um ihre und der Ihrigen bedrohte Existenz nach Möglichkeit abgenommen oder doch wenigstens erleichtert werden.

Wer die Anstaltsverhältnisse kennt und genügend Einblick in die Gedankenwelt der Geisteskranken gewonnen hat, weiss, dass gerade dieser Punkt in dem täglichen Gedankenablauf und in dem Gemüthsleben unserer Kranken eine Hauptrolle spielt und dass der Kummer um die Familie und deren Erhaltung viele derselben derart beschäftigt und in ihrem Gemüthe bedrückt, dass hierdurch allein der Heilverlauf oft empfindlich beeinflusst, aufgehalten oder sogar vereitelt wird. Gelingt es, hierin Wandel zu schaffen und das Loos der betroffenen Familien zu erleichtern, so wird zugleich ein heilendes Moment mehr von eminenter Bedeutung in die Behandlung der meisten Geisteskranken eingeführt, das sich in seiner ganzen Wirkung noch gar nicht abschätzen lässt."

Diese trefflichen Worte enthalten ein Problem, das an Wichtigkeit viele Detailfragen des Irrenwesens weit überragt und mit denen sich Vorschriften über Unterbringung, Entlassung, Zellenbehandlung etc. an Bedeutung kaum messen können, ein Problem, zu dessen Lösung, wie Verf. selbst sagt, die Mitwirkung weiter Kreise nothwendig ist, denn mit der Anstaltsbewahrung allein sei es bei der Irrenfürsorge noch lange nicht gethan.

Verf. erörtert die verschiedenen Arten der Unterstützungsbedürftigkeit, diejenige der Krankenkassenmitglieder und der von der Armenpflege abhängigen Personen, bei welch' beiden Kategorien durch Rückgriff der Gemeinde auf den Sparpfennig der Familien zwecks Deckung der Verpflegskosten nicht der Nothstand noch vergrössert werden sollte, — insbesondere aber die Unterstützungsbedürftigkeit der „kleinen Existenzen", d. h. jener kleinen Familien, die solange sie gesund sind, sich bemühen selbstständig zu bleiben und die grössten Opfer bringen, ehe sie sich der Armenbehörde anvertrauen. Gerade an der materiellen Integrität solcher Familien d. h. derjenigen des Mittelstandes, sollte dem Staate sehr viel gelegen sein. — Er bespricht dann die Organisation des Unterstützungswesens, die Organisation von Vereinen für Irrenfürsorge, deren Centralstelle aus einem Mitglied des Ministeriums als Vorsitzendem und aus den Anstaltsdirektoren, Verwaltungsbeamten, richterlichen Beamten, höheren Finanzbeamten und Laienmitgliedern (angesehensten Männern des Landes, event. Landtagsabgeordneten) gebildet werden sollte, und empfiehlt bei den Erörterungen über die Art der Unterstützung und die Beschaffung der Mittel hierzu, dass die staatliche Invalidenversicherung mit den Vereinen für Irrenfürsorge beständig Hand in Hand arbeiten müsse.

Besonderes Interesse verdient das Kapitel, in welchem sich Verf. mit der Frage des Arbeitsverdienstes arbeitender Anstaltspfleglinge eingehend beschäftigt. Bisher erhielten letztere keine Bezahlung für ihre Arbeit, obgleich die Anstalten durch diese grosse Ersparnisse haben, da auch den Gemeinden, welche die Verpflegungskosten zahlen, kein Antheil an dem finanziellen Ergebniss der Pfleglingsarbeit gewährt wird. Gegen die Bezahlung mochte geltend gemacht worden sein, dass durch sie der Character der Arbeit als eines Heilfactors verloren ginge, dass bei Bezahlung die Kranken selbst zum Schaden ihrer Gesundheit sich zur Arbeit drängen, oder von der Anstalt unter dem Vorwand, dass sie bezahlt werden, zur Arbeit gedrängt werden würden, ferner dass durch grössere Ausdehnung der gewerblichen Arbeiten in der Anstalt die Erwerbsverhältnisse der gesunden Bevölkerung in der Umgebung leiden würden, endlich, dass die Angehörigen oder die Armenverbände Ansprüche auf Verminderung der Verpflegskosten bei arbeitenden Kranken erheben würden. Diese Einwände würden aber nie praktische Bedeutung erlangen, solange die Anstalt nach ärztlichen Grundsätzen geleitet würde. Darüber steht der Grundsatz, den der Kranke tausendfach im Leben erprobt hat und den er auf einmal in der Anstalt verlassen sieht: Jede Arbeit ist ihres Lohnes werth! Mit dem Troste, dass Arbeit das Leben süss macht, d. h., dass sie gesundheitsfördernd ist, giebt sich selbst der Gesunde nicht zufrieden, wieviel grösser muss der günstige Einfluss der Entlohnung auf das Gemüth des Geisteskranken sein? Verf. schildert in überzeugender Weise diesen Einfluss, der sich nach allen Richtungen geltend machen würde, auf der anderen Seite die oft zu beobachtende nachtheilige Wirkung der bisherigen Nichtentlohnung. Es wird dann weiter die Regelung



des Arbeitsverdienstes, die Verwendung desselben a) für Anstaltsfonds, b) für den Irrenhülfsverein, c) zur Disposition des Kranken selbst bezw. zu derjenigen seiner Angehörigen, besprochen.

Was die Höhe der Entlohnung anlangt, so soll diese nach dem vollen Werthe der Arbeit bemessen werden. „Wir halten es nach der erfolgten Begründung für geboten, jede Arbeitsleistung der Anstaltspfleglinge, die dem Betriebe der Anstalt nach irgend einer Richtung dienlich ist, zu entlohnen und zwar zunächst mit Berechnung ihres wirklichen Werthes, da bei Ausfall seiner, des Kranken, Arbeitskraft diese durch das Eintreten einer anderen, die dann einen Lohn erheischte, ersetzt werden müsste und somit also des Kranken Arbeit der Anstalt einen positiven und effektiven Gewinn bringt resp. was dasselbe heisst, Arbeitskräfte Gesunder, Entlohnung derselben, d. h. mit einem Worte Kosten erspart."

Verf. macht auch den beherzigenswerthen Hinweis, dass sogar die Sträflinge in den Zuchthäusern für ihre Arbeit entlohnt werden, dem Ref. noch hinzuzufügen hat, dass für entlassene Gefangene und deren Familienangehörige sogar kirchliche Collekten veranstaltet werden

Allen, die für das Wohl der armen Geisteskranken ein Herz haben, sei diese Schrift aufs wärmste empfohlen. Br.

— Ein Beitrag zur Kenntniss der Militärpsychosen. Von Hermann Simon. Commissions-Verlag von G. Fock, Leipzig.

Verf. giebt die Krankengeschichten von 37 innerhalb mehrerer Jahre in Saargemünd behandelten geisteskranken Soldaten wieder. Die Erkrankungen der Berufssoldaten schloss er aus. Zunächst handelte es sich um Patienten, deren Psychose schon vor der Dienstzeit bestand, sodann um z. Th. schwer erblich belastete Personen, welche von Jugend auf geistig beschränkt, namentlich ethisch hochgradig defekt waren. Bei letzteren begann der unausbleibliche, beständige Conflikt zwischen dem mitgebrachten psychischen Defekt und den Anforderungen des Soldatenlebens meist sofort nach dem Dienstantritt und bewirkte entweder ein Offenkundigwerden schon früher bestehender pathologischer Eigenschaften oder er führte früher oder später zu einer akuten oder chronischen Psychose. Die uncorrigirbaren krankhaften Charaktereigenthümlichkeiten dieser psychisch Minderwerthigen, ihre rücksichtslose Selbstsucht, ihr oft zweckloses Lügen und Schwindeln, ihr Trieb etwas besonders zu erscheinen, vertrügen sich eben nicht mit der militärischen Disciplin, mit dem Sinn für Ordnung und Reinlichkeit, für Gehorsam und geregelte Thätigkeit. Die charakteristischen Delikte der Betreffenden waren Nichtbefolgen der gegebenen Befehle und Achtungsverletzung gegen Vorgesetzte. Alle Strafe blieb erfolglos. Die Leute blieben widerspenstig, eigensinnig, ohne Selbstbeherrschung, ohne Vorsicht und Ueberlegung und wurden mit der grösseren Häufigkeit der Reize immer reizbarer; ihre Vergehen wurden schwerere, die Erziehungsversuche schärfere. Zuletzt kam es zu sich wiederholenden brutalen Wuthausbrüchen, die zuweilen auch eine hinzutretende, meist atypische akute Psychose einleiteten. Durch den Militärdienst erfährt also der Zustand dieser Menschen eine erhebliche Verschlimmerung.

Sodann schildert Simon die „Reaktionspsychose der Rekruten", die sich durch die Momente der psychischen Hemmung und Depression, der Erschöpfung (Bewusstseinstrübung, ängstliche Sinnestäuschungen und Delirien) und der psychischen Schwäche (albern-kindischer Zug im Gebahren der Kranken, energielos-apathisches Wesen und einzelne triebartige Handlungen) charakterisirt. In der Mehrzahl der Fälle kam es zu Heilung. Oft war auch hier Prädisposition zu psychischer Erkrankung vorhanden. Als ausschlaggebend betrachtet Verf. für diese Erkrankung das militärische Milieu, die Summe all der Eindrücke, die das Soldatenleben für die Neueingetretenen mit sich bringt; nicht der Soldatendienst, sondern das Soldat sein bezw. das Soldat werden sind für manche Disponirte, aber auch für eine Anzahl vorher ganz Gesunder die Klippe, an der sie Schiffbruch leiden. Die vollständige Aenderung aller bisherigen Lebensbedingungen, die Trennung von Familie und Heimath, das Heimweh, die Angst vor Strafe bei Versehungen, die ungewohnten körperlichen und geistigen Anstrengungen, die kurze und rauhe Art des Verkehrs, die militärisch-strenge Behandlung durch die Vorgesetzten u. a. m. sind geeignet, bei weich veranlagten Menschen eine Depression zu erzeugen, die zu dieser Rekrutenpsychose führen kann.

Endlich fanden sich Psychosen, die durch dienstliche oder ausserdienstliche Gelegenheitsursachen zu Stande kamen, z. B. durch Hitzschlag, Ueberanstrengung, Arreststrafe, Alkoholexcess, Geschlechtserkrankung, und Psychosen deren Ausbruch nur zufällig in die militärische Dienstzeit fiel.

Angesichts der Wichtigkeit der Sache empfiehlt Verf. am Schlusse seiner sehr beachtenswerthen Arbeit einzelne ältere Assistenzärzte zu ihrer psychiatrischen Durchbildung auf längere Zeit an eine Klinik oder grössere Irrenanstalt abzukommandiren und diese dann den grösseren Garnisonlazarethen zuzuweisen, in welche alle auf Geistesstörung zu untersuchenden Soldaten zu überführen seien. In schwierigen Fällen bliebe dann immer noch die Möglichkeit, einen Fachpsychiater zur Beobachtung heranzuziehen.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

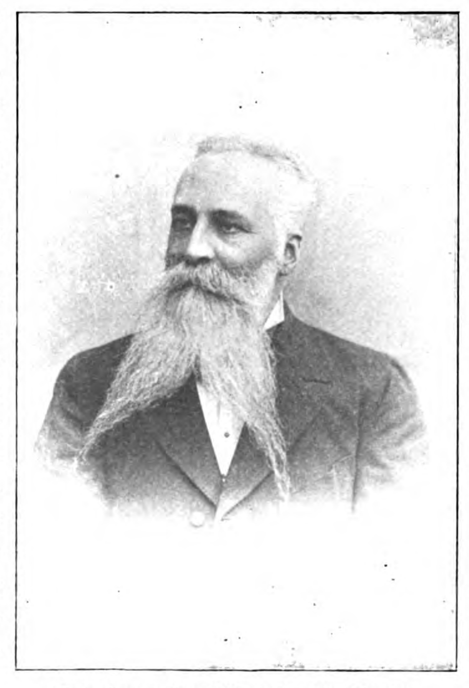
Nr. 15. 6. Juli **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift“ erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Zum 25jährigen Bestehen der Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz.

Von Oberarzt Dr. *v. Buchka.*

Am 28. Juni d. J. hat die Provinzial-Irrenanstalt Rittergut Alt-Scherbitz unter der Theilnahme der hohen Regierungs- und Provinzial-Behörden, sowie früherer Alt-Scherbitzer Aerzte den Tag ihres 25jährigen Bestehens feierlich begehen können. Wenn in den meisten Fällen ein solches 25jähriges Anstaltsjubiläum auch nur eine mehr interne Bedeutung hat, so darf Alt-Scherbitz doch wohl ein etwas weitergehendes Interesse in Anspruch nehmen, da durch seine Gründung das System der colonialen Irrenanstalt geschaffen wurde, und so der Tag der Gründung von Alt-Scherbitz gewissermassen der Geburtstag geworden ist einer neuen humaneren Richtung in der Entwickelung des Anstaltswesens, wie der Krankenbehandlung, die von hier aus sich über die ganze Welt verbreitet und ungetheilte Anerkennung, wie allseitige Nachbildung erfahren hat.

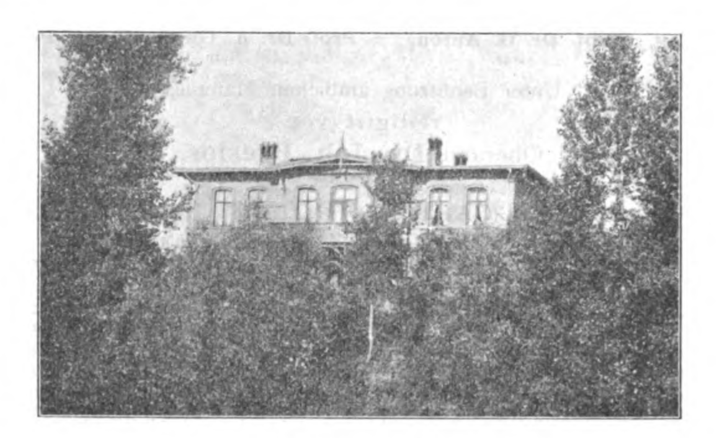


Geheimer Sanitätsrath Dr. Paetz,
Direktor der Prov.-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Rittergut Alt-Scherbitz.

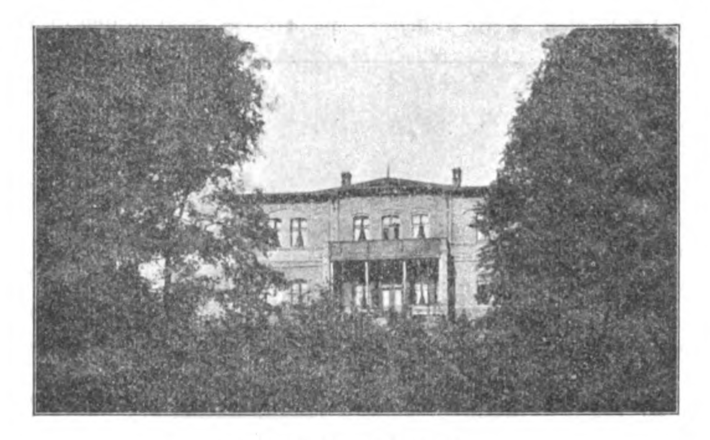
Wenn ich an dieser Stelle auch die Entwickelung der ganzen Irrenversorgung und des Anstaltswesens als bekannt voraussetze, so möchte ich doch in den folgenden Zeilen, welche ihre Entstehung einer besonderen Anregung der verehrlichen Redaction aus Anlass des Jubiläums verdanken, wenigstens kurz die Hauptpunkte berühren, welche das Neue und Charakteristische des Alt-Scherbitzer Systems bilden. Ich halte mich dabei in der Hauptsache an die von Herrn Geheimen Sanitätsrath Dr. Paetz, meinem hochverehrten Chef, selbst über Alt-Scherbitz gemachten Veröffentlichungen.

Die Grundlage des ganzen Systems bildet die Vereinigung einer kleineren Centralanstalt, ausgestattet mit allen modernen Einrichtungen eigentlicher Anstalten, mit freien colonialen Abtheilungen. Die zur Zeit der Gründung von Alt-Scherbitz vorhandenen Colonien stellten zwar auch schon eine freiere und einfachere und

darum auch billigere Verpflegungsform der Geisteskranken dar, als wie sie durch die damals sonst allgemein üblichen, sogenannten geschlossenen Anstalten geboten wurde. Ausserdem hatten die Colonien den Vorzug, dass die Kranken hier die Gelegenheit zu mannigfacher Beschäftigung fanden, die man auch damals schon als eins der vorzüglichsten Hülfsmittel für die Behandlung erkannt hatte. Allein es fehlten diesen Colonien alle anstaltsartigen Einrichtungen zur Unterbringung solcher Kranker, welche aus irgend welchen Gründen dauernd oder auch nur vorübergehend besonderer ärztlicher Ueberwachung und Behandlung bedurften; insbesondere waren damit auch alle acuten und heilbaren Kranken von der Verpflegung in den Colonien so gut wie ganz ausgeschlossen. Dazu kam, dass die grössere Entfernung von der Mutteranstalt die ärztliche Ueberwachung und die Rückversetzung aufgeregter oder sonst sich als ungeeignet erweisender Kranker erschwerte, dass die Verwaltung und Controlle von der Mutteranstalt aus oft eine umständliche und schwierige war und zu einer unerwünschten, grösseren Selbständigkeit des nichtärztlichen Personals führte und dergl. m. Die Colonien haben sich deshalb als solche nicht weiter entwickelt und sind der Zahl nach auf wenige beschränkt geblieben. Und wenn damals auch schon von anderer Seite darauf hingewiesen war, dass die Wahrheit zwischen den geschlossenen Anstalten und den Colonien in der Mitte liege, so bleibt es doch das grosse Verdienst des verstorbenen ersten Leiters und Begründers von Alt-Scherbitz, des Herrn Geheimen Sanitätsrath Professor Dr. Koeppe, diese Erkenntniss zuerst auch verwirklicht und die Sächsischen Provinzialbehörden dafür gewonnen zu haben, auf dem zu diesem Zwecke angekauften Rittergute Alt-Scherbitz eine kleinere, nach modernen Grundsätzen eingerichtete Centralanstalt mit ganz freien colonialen Abtheilungen zu vereinigen.



Villa der Männer-Kolonie.



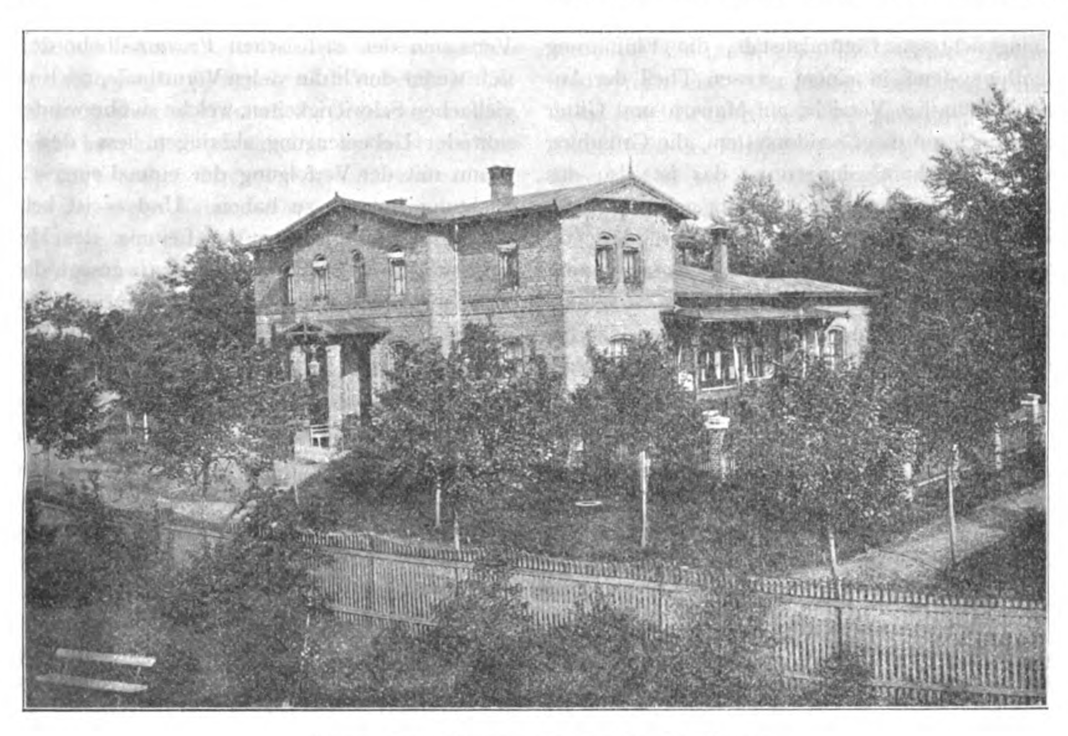
Villa der Frauen-Kolonie.

Ich sage: ganz freien colonialen Abtheilungen, denn dass die colonialen Abtheilungen ganz frei gehalten werden, muss nach den gewonnenen Erfahrungen als ein nothwendiges Postulat des colonialen Systems bezeichnet werden. Bei manchem Kranken wird das

Gefühl der Unzufriedenheit hervorgerufen, wenn er nach vollendeter Arbeit wieder hinter Mauern und Gitter zurückkehren muss, und es kann hierdurch unter Umständen der wohlthätige Einfluss der Arbeit ganz verfehlt werden. In Alt-Scherbitz ist daher auch von vornherein auf den sogenannten colonialen Abtheilungen das Offenthürsystem obligatorisch gehandhabt worden, ganz abgesehen von dem hier zur Anwendung kommenden Grundsatze, jedem Kranken das ihm zuträgliche Mass von Freiheit auch thatsächlich zu theil werden zu lassen.

nicht möglich. Es musste vielmehr eine Anordnung der Räume gewählt werden, welche eine möglichst vollkommene Uebersichtlichkeit derselben gestattete. Das Corridorsystem musste daher mit den Mauern und Gittern dem sogenannten System der Diele weichen, bei welchem die verschiedenen Räume in bequemer und leicht übersichtlicher Weise rund um einen gemeinsamen Aufenthaltsraum, eben die sogenannte Diele, angeordnet sind.

Das sich immer mehr geltend machende Bedürfniss, einzelne Kranke unter Umständen besonders



Ueberwachungs-Abtheilung für Kranke III. Klasse.

In der sogenannten Centralanstalt waren ursprünglich entsprechend der damals allgemein üblichen Bauart allerdings von Koeppe noch Mauern und Thore aufgeführt. Dieselben Erwägungen, welche den colonialen Abtheilungen die allgemeine Einführung des Offenthürsystems brachten, führten aber auch in der Centralanstalt im Laufe der Zeit zu dem wichtigen Schritt, die vorhandenen Mauern und Thore wieder zu beseitigen und auch hier wenigstens auf Mauern und Gitter vollständig zu verzichten, um Alles irgendwie Beengende zu vermeiden.

Allerdings musste mit dem Verzicht auf Mauern und Gitter das bis dahin allgemein angewandte Corridorsystem fallen. An Stelle der früheren Schutzvorrichtungen musste etwas Anderes gesetzt werden, die dauernde Ueberwachung der Kranken. Diese war aber bei Benutzung des früheren Corridorsystems

überwachen und behandeln zu können, weswegen ja in Alt-Scherbitz überhaupt eine eigentliche Anstalt mit der Colonie vereinigt worden war, führte schon bald nach der Gründung von Alt-Scherbitz auch noch zu einer weiteren Neuerung, der Einführung der Bettbehandlung. Zunächst hatte Herr Geheimrath Paetz, der nach dem Tode Koeppe's zu dessen Nachfolger ernannt war, dem Bedürfniss entsprechend mit der Bettbehandlung einzelner Kranker noch in den vorhandenen kleinen Lazarethabtheilungen begonnen, in welchen für 5 Procent der Kranken Plätze vorgesehen waren, und welches ursprünglich nur für körperlich Kranke bestimmt war. Aber aus der gemeinsamen Verpflegung der aus psychischen und körperlichen Gründen Bettlägerigen ergaben sich bald mancherlei Uebelstände, vor allem erwies sich das vorhandene Lazareth für die einmal begonnene Bettbehandlung

bald nicht mehr als ausreichend. Die Folge war denn die Errichtung besonderer Ueberwachungsstationen, und wenn damals auch schon an einigen anderen Orten sogenannte Wachzimmer oder klinische Abtheilungen eingerichtet waren, so sind diese Alt-Scherbitzer Ueberwachungs-Abtheilungen doch die ersten selbständigen, ad hoc erbauten Ueberwachungsstationen gewesen. Auf die specielle Einrichtung dieser Wachabtheilungen will ich hier nicht näher eingehen.

Die enge Verbindung einer grossen landwirthschaftlichen Colonie mit einer nach modernen Grundsätzen eingerichteten Centralanstalt, die Einführung des Offenthürsystems in einem grossen Theil der Anstalt, der vollständige Verzicht auf Mauern und Gitter und damit auch auf das Corridorsystem, die Gründung selbständiger Wachabtheilungen — das ist also das hauptsächlich Neue, was Alt-Scherbitz gebracht hat.

Leider hat der erste Leiter und Begründer von Alt-Scherbitz, Herr Geheimrath Koeppe es nicht mehr erlebt, was aus Alt-Scherbitz geworden ist; es ist seinem Nachfolger, Herrn Geheimrath Paetz, in dessen Händen seit dem Januar 1879 die Leitung von Alt-Scherbitz gelegen hat, vorbehalten gewesen, die von Koeppe ausgeführten ersten Bauten zu einer grossen Anstalt zu erweitern, die vorbildlich geworden ist für ein neues System des Anstaltsbaues und der ganzen Krankenbehandlung überhaupt. Alt-Scherbitz ist heute gewissermassen eine internationale Berathungsstätte für alle neuen Anstaltsunternehmungen geworden, und es darf sich rühmen, in dem Fache des Anstaltsbaues und der Krankenbehandlung Schule gemacht zu haben, wie kaum eine andere Anstalt vorher. Eine grosse Unterstützung fand Herr Geheimrath Paetz allerdings bei seinem Werke, das stete Wohlwollen und absolute Vertrauen der sächsischen Provinzialbehörde, welche sich weder durch die vielen Vorurtheile, noch durch die vielfachen Schwierigkeiten, welche zu überwinden waren, von der Ueberzeugung abbringen liess, den richtigen Mann mit der Verfolgung der einmal eingeschlagenen Richtung betraut zu haben. Und es ist keine Täuschung gewesen. Unter der Leitung des Herrn Geheimrath Paetz ist Alt-Scherbitz, kurz gesagt, das Muster einer modernen Irrenanstalt geworden. Möge es sich in der bisherigen Weise weiter entwickeln!

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Ueber Unfallpsychosen.

Nach einem in der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin am 23. April 1901 gehaltenen Vortrag.

Von Dr. *Max Edel.*

Meine Herren!

Wenn auch anerkannt ist, dass nach Unfällen keine specielle Form der Psychosen vorkommt, der ohne weiteres der Character einer Unfallpsychose innewohnt, so steht es doch auf der andern Seite fest, dass durch schwere Traumen gelegentlich Geistesstörungen ausgelöst werden können und zwar direct oder indirect durch seelische Vorgänge, welche das Trauma begleiten oder ihm folgen. Es sind bisher nach Unfällen die verschiedensten Seelenstörungen beobachtet, die theils bestimmte Krankheitsbilder darstellten, theils mehr oder weniger unbestimmten Character tragen. Ausser den von den traumatischen Neurosen bekannten Symptomen wie Kopfschmerz, Reizbarkeit, Ermüdbarkeit, Alcoholintoleranz etc. wurden ängstliche hallucinatorische Stupidität mit intercurrenten Aufregungen, Melancholie mit Zügen von Stupor, hallucinatorischer Stupor mit kataleptiformen Erscheinungen, atypisches circuläres Irresein mit paranoischen Zügen, imperative Acte, Zerstörungsdrang, moralische Depravation, Demenz und anderes beschrieben. Eine Reihe von Autoren haben sich mit diesem Gegenstand beschäftigt (Krafft-Ebing, Kahlbaum, Schüle, Schlager, Esquirol, Stolper, Frost, Guder, Hermann, Skae, Christian, Köppen, Richter, v. Muralt, Moeli, Mendel, Sachs und Freund, Wagner, Leppmann und andere). Vor nicht langer Zeit hat Kaplan*) an der Hand des grossen Materials der Herzberger Anstalt Mittheilungen über die Beziehungen von Kopfverletzungen zu Psychosen gemacht. Immerhin sind die posttraumatischen Psychosen noch nicht so genau studiert, wie das grosse Heer von functionellen Neurosen im Anschluss an Traumen. Aus diesem Grunde halte ich es für gerechtfertigt, hier über einige besondere Fälle zu berichten, die ich in den letzten Jahren unter den mir zur Verfügung stehenden Patienten des Asyls für Gemüthskranke zu Charlottenburg beobachten konnte.

Die genügend bekannten akuten Psychosen im unmittelbaren Anschluss an Unfälle kommen für meine

*) Trauma und progressive Paralyse. Sitzung des Berliner psychiatrischen Vereins vom 18. Dec. 1897 und Kopftrauma und Psychosen. Sitzung desselben Vereins vom 18. März 1899.



Erörterung nicht in Betracht, führen sie doch selten zur Behandlung in der Irrenanstalt; sie kommen meist in den chirurgischen Kliniken zur Beobachtung, wo sie in der Regel bald abklingen und hinter der Behandlung der somatischen Unfallsverletzungserscheinungen zurückzutreten pflegen. Eine acute Psychose in unmittelbarem Anschluss an einen Unfall habe ich im vorigen Jahr in der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung mitgetheilt*). Sie betraf einen gesunden, hereditär nicht belasteten Arbeiter einer Palmkernölfabrik, der unmittelbar nach der Betriebsstörung einer Schwefelkohlenstoffpumpe, mit deren Reinigung er betraut war, ein acutes hallucinatorisches Delirium mit vorübergehender tobsüchtiger Erregung und Verwirrtheit bekam, das nach einigen Wochen in Genesung ausging. Aetiologisch kam ein Kopftrauma in Betracht, welches er sich 2 Tage vorher durch heftigen Anprall an eine Heizröhre zugezogen hatte und welches wahrscheinlich den Boden für die giftige Einwirkung des Schwefelkohlenstoffs geebnet hatte, ähnlich wie es bei der Alcoholvergiftung den Ausbruch eines Alcoholdeliriums begünstigt. Meine übrigen Beobachtungen beziehen sich meist auf chronische Geistesstörungen nach Traumen, wobei die Beurtheilung eines etwaigen ursächlichen Zusammenhangs zumal bei dem häufigen Zusammenvorkommen von mehreren ätiologischen Momenten eine schwierigere ist. Es handelt sich fast durchweg um Männer, die zum Theil auf Kosten von Berufsgenossenschaften in der Anstalt behandelt wurden. Die betreffenden Fälle vertheilen sich auf die verschiedensten Psychosen.

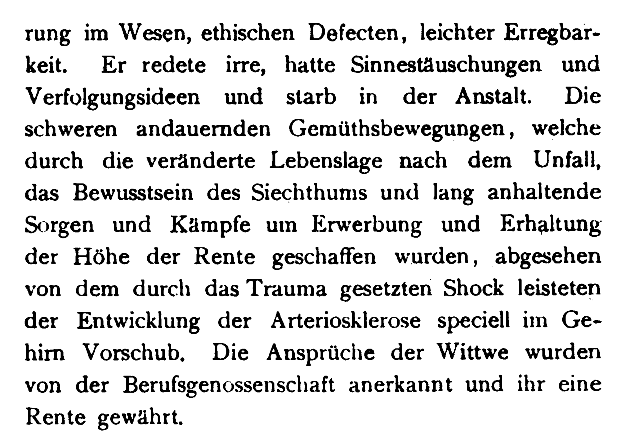
Ich erwähne zuerst einen 22 jährigen Kutscher ohne hereditäre Belastung, ohne Lues und Potus, der geistig gesund gewesen ist. Im Juni 1899 erlitt er durch Sturz von einem beladenen Wagen eine schwere Kopfverletzung mit Bewusstlosigkeit und Contusion der Scheitelgegend. Im Anschluss an diese Verletzung hat er längere Zeit in einem Krankenhaus gelegen. Seither war er ungewöhnlich reizbar und ermüdete leicht, arbeitete zwar weiter, war aber nicht mehr leistungsfähig; heftige Kopfschmerzen und Schwindel traten auf. Um das Bücken des Kopfes zu vermeiden, setzte er sich beim Waschen auf den Boden oder kniete nieder. Im August 1900 fing er an, vor sich hin zu brüten, war still und in sich gekehrt und zeigte ein verändertes Wesen. Er fuhr zwecklos nach Spandau, wovon er später nichts mehr wusste, bekam Sinnestäuschungen, glaubte sich von Schutzleuten beobachtet und verfolgt, wurde ängstlich erregt, suchte Schutz, verweigerte die Nahrung und befand sich einige Wochen in der Anstalt in einem Depressions- und Hemmungszustand, in dem er sich auf Namen, Alter, Wohnung etc. besinnen musste. Die Erinnerung daran war später eine unvollkommne. Nach Entlassung aus der Anstalt wurde er poliklinisch weiter behandelt. Er hatte nachts oft schreckhafte Träume. Wiederholt stand er nachts auf, zog sich an und drängte mit Gewalt aus der Wohnung, um angeblich etwas zu besorgen; am nächsten morgen wusste er nichts mehr davon und war sehr matt (Dämmerzustände). Der Patient sieht elend aus, macht einen leidenden gehemmten Eindruck, geht mit vornübergeneigtem Kopf und spricht leise. Der Puls ist beschleunigt, namentlich beim Bücken und bei der geringsten Anstrengung. Dabei wird der Puls unregelmässig. Die vasomotorische Erregbarkeit ist gesteigert, die Reflexe sind erhöht. Kopfbücken will er durch Kniebeugung vermeiden. Es besteht Hyperaesthesie der Kopfhaut. Bei Nadelstichen erweitern sich die Pupillen. Lebhaftes Zittern der Augenlider tritt bei Schluss derselben und Zusammenstellen der Füsse ein. Das Gedächtniss ist geschwächt. Er musste als erwerbsunfähig erklärt werden und bezieht Invalidenrente. — Das Trauma hatte hier zuerst eine functionelle Neurose geschaffen. Auf dem Boden dieser wirken zwei Gemüthserregungen, die eben infolge des Bestehens der Neurose abnorm starke waren und eine ungewöhnliche Wirkung hervorriefen. Patient erfuhr nämlich kurz vor dem Ausbruch der Psychose, dass er zum Militär eingezogen werden sollte, was ihn bei dem Gefühl seiner Leistungsunfähigkeit beunruhigte. Ausserdem erschrak er sich, als seine Schwester bei einer Radfahrt verunglückte und in seine Wohnung geschafft wurde.

Bei dem zweiten Patienten handelt es sich um einen Stupor bei einem katatonischen Krankheitsbild. Es ist ein 28jähriger Monteur, dessen Vater geisteskrank in einer Irrenanstalt gestorben ist. Er selbst war früher gesund, ist verheirathet und hat ein gesundes 2jähriges Kind. Am 31. Juli 1899 stürzte er 7 Meter hoch von einer Leiter mit dem Rücken auf eine eiserne Schiene. Er war einen Moment bewusstlos, arbeitete aber noch 6 Wochen, obwohl er über Schmerzen im Rücken klagte. Seitdem ist er psychisch krank. Im Moabiter Krankenhaus, wo er von Herrn Professor Goldscheider kurze Zeit beobachtet wurde, verhielt er sich stumpf, hörte auf zu sprechen, verweigerte die Nahrung, musste mit der Sonde gefüttert werden und zeigte kataleptische Erscheinungen. Er wurde dann in die Irrenanstalt von Dr. Weiler und später in die unserige gebracht. Für die Einsichtnahme in sein Journal bin ich Herrn Dr. Weiler zu

*) Schwefelkohlenstoffdelirium und Kopftrauma. Aerztl. Sachverst.-Zeitg. 1900 Nr. 18 u. 19.

Dank verpflichtet. Danach hat er sich dort ebenso wie bei uns verhalten. Er veränderte die Haltung und Lage im Bett nicht, wies Spannungen im Körper auf, sprach nicht, verweigerte die Nahrung und musste anfangs mit der Sonde ernährt werden und liess öfter den Urin unter sich. Passiven Lageveränderungen setzte er keinen Widerstand entgegen. Allmählig wurde er etwas freier, folgte der Umgebung mit den Augen und machte ein freundliches und verständnissvolles Gesicht. Der Hemmungszustand wechselte mit Zeiten hallucinatorischer ängstlicher Erregung ab, in denen er sich beobachtet und von Spitzbuben und Mördern bedroht glaubte. Bisweilen lachte er in heiterer Erregung vor sich hin. Der Kranke ist ein grosser, blasser Mann von mässiger Ernährung und mit etwas auffallender Kopfform. Die Pupillen reagiren, die Kniereflexe sind gesteigert. Er ist immer noch stark gehemmt, muss gefüttert und zur Stuhlentleerung angehalten werden. Dieser Fall gehört in die katatonischen Seelenzustände nach Traumen, wie sie nach Kopfverletzungen von v. Muralt-Burghölzli jüngst beschrieben sind*). Es besteht Stupor mit Negativismus, Stummheit, Stereotypie in Haltung und Bewegung, zeitweiliger Nahrungsverweigerung, ängstlichen hallucinatorischen Erregungszuständen und vorübergehenden Besserungen. Die Psychose selbst unterscheidet sich nicht von andern gleichartigen Seelenstörungen, nur schloss sie sich bei einer hereditär belasteten Person fast unmittelbar an einen Unfall an, ohne dass ausgesprochene Symptome einer traumatischen Neurose aufgetreten sind.

Dass nach schweren Betriebsunfällen das Gefässsystem in Mitleidenschaft gezogen wird und Arteriosklerose sich entwickeln oder wenn sie vorhanden war, schnellere Fortschritte machen kann, ist bekannt. So ist es denn auch erklärlich, dass Formen von seniler arteriosklerotischer Demenz vorkommen, die mit schweren Verletzungen in Beziehungen stehen. Ausser der directen Hirnschädigung durch die Commotio können die seelischen Folgen eines Traumas die Entwicklung einer Arteriosklerose der Gehirnarterien begünstigen. Einen derartigen Fall habe ich in der Aerztlichen Sachverst.-Ztg. 1900 Nr. 8 beschrieben. Ein bisher rüstiger 54jähr. Maschinenmeister wurde durch Explosion eines Ammoniakcompressors schwer am Kopf verletzt, war seitdem gänzlich invalide und klagte über Kopfschmerzen. Es traten nunmehr deutliche Zeichen von Arteriosklerose auf, 2 Jahr später ein apoplectiformer Anfall mit Demenz, Sprachveränderung, Aende-



rung im Wesen, ethischen Defecten, leichter Erregbarkeit. Er redete irre, hatte Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen und starb in der Anstalt. Die schweren andauernden Gemüthsbewegungen, welche durch die veränderte Lebenslage nach dem Unfall, das Bewusstsein des Siechthums und lang anhaltende Sorgen und Kämpfe um Erwerbung und Erhaltung der Höhe der Rente geschaffen wurden, abgesehen von dem durch das Trauma gesetzten Shock leisteten der Entwicklung der Arteriosklerose speciell im Gehirn Vorschub. Die Ansprüche der Wittwe wurden von der Berufsgenossenschaft anerkannt und ihr eine Rente gewährt.

Ein andrer Fall war ein Leichenträger ohne hereditäre Belastung, der Potus und Lues negirt und 20 Jahre seinen Dienst gut ausführte. Im Alter von 55 Jahren stürzte er beim Aufspringen auf einen Wagen ab, fiel mit dem Kopf auf eine Bordschwelle, wurde bewusstlos und erlitt durch Ueberfahren des Fusses eine Quetschung, die 4 monatliche Krankenhausbehandlung erforderte. Seither war er nicht mehr leistungsfähig, bekam Kopfschmerzen, Gedächtnissschwäche, häufiges Erbrechen, Angst, wiederholte apoplectische Anfälle mit Verwirrtheit und Erregung. Es trat fortschreitende Verblödung ein. Der Patient wies eine verwaschene Sprache auf, zeigte Lähmungen des Gesichts und der Extremitäten. Dazu traten epileptiforme Krampfanfälle. Er starb in der Anstalt. Die Section erwies ausser allgemeiner Arteriosklerose starke Verkalkung der Gehirngefässe und zahlreiche theils ältere theils frischere Erweichungsherde im Gehirn, Verwachsung der Dura mit dem Schädel, keine Verdickung und Trübung der Pia, Oedem und Erweiterung der Seitenventrikel und leichte Granulirung des Ependyms in allen Kammern. Dieser Fall ähnelt klinisch der progressiven Paralyse.

Ein prägnanter Fall von Dementia paralytica nach einem Unfall ist folgender:

Der jetzt 41 j. kinderlose Kaufmann B., dessen Vater am Schlaganfall gestorben ist und der weder syphilitisch inficirt ist noch dem Trunk gefröhnt hat, war angeblich stets gesund, tüchtig und konnte gut hören. Am 19. Mai 1897 wurde er aus einem Wagen, dessen Pferde durchgingen, herausgeschleudert und trug eine Quetschung der Kreuz- und Steissbeingegend davon. Im Anschluss daran wurde er schwerhörig. Der Ohrenarzt Privatdozent Dr. Jansen stellte doppelseitige Labyrinterkrankung fest und nahm als nächstliegend und wahrscheinlich an, dass die Schwerhörigkeit mit dem Unfall zusammenhängt und die Folge einer Verletzung des Gehirnnervenapparates ist. Sehr

*) Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. Lährsche Zeitschrift für Psychiatrie. 57. Bd. 4. Heft.

bald wurde eine Characterveränderung bemerkbar. Er wurde launisch, rechthaberisch und leicht aufgeregt. Den Kampf um die Durchsetzung seiner bei einer Unfallversicherung geltend gemachten Ansprüche führte er mit grosser Hartnäckigkeit. Derselbe beschäftigte ihn intensiv und hielt ihn psychisch in beständiger Spannung und Erregung. Alsbald stellte er gradezu unsinnige Entschädigungsforderungen, was die Vermuthung einer Geistesstörung bei der Unfallversicherungsgesellschaft erweckte. Grösseres Schlafbedürfniss und heftige Kopfschmerzen stellten sich ein. Im November 1898 trat der erste Anfall von Verwirrtheit nach vorübergehender Bewusstseinstrübung und Sprachlähmung auf. Seitdem kamen häufige apoplectiforme Anfälle mit Sprachverlust und Gliederschwäche vor. 1899 war die Paralyse bereits vorgeschritten, geistige Schwäche mit körperlichen Lähmungen (Pupillenlichtstarre, Facialislähmung) vorhanden. Im Verlauf der Erkrankung traten hallucinatorische Delirien mehrfach hervor. Zur Zeit ist er ein gänzlich verblödeter lallender Paralytiker, der zeitweilig hypochondrische, meist aber Grössenideen äussert. Er nennt sich Kaiser, General u. s. w. Die Pupillen sind different, lichtstarr und verzogen, die Gesichtsinnervation ist verschieden, es besteht fibrilläres Beben der Gesichtsmuskulatur, die Zunge zittert stark fibrillär, die Patellarreflexe sind gesteigert. Er ist fast völlig taub, hat Sammeltrieb und ist unreinlich. Es handelt sich also um eine organische Gehirnkrankheit, deren Entwicklung wir Schritt für Schritt im unmittelbaren Anschluss an den schweren Unfall verfolgen konnten und für dessen Entstehung ausser geringer hereditärer Belastung sonstige ätiologische Momente wie Syphilis, Ueberanstrengung im Beruf, Sorgen im Kampf ums Dasein nicht herangezogen werden konnten. Der Shock durch den Unfall, wobei sich die Erschütterung durch den Rücken auf den Kopf fortpflanzen konnte, das durch die nach dem Unfall entstehende Schwerhörigkeit hervorgerufene Bewusstsein der verminderten Erwerbsfähigkeit und des erschwerten Verkehrs mit der Umgebung, die weiteren psychischen Erregungen durch den Kampf um Erwerbung einer Unfallrente, alles dies dürfte wohl der Entwicklung der fortschreitenden Gehirnlähmung Vorschub geleistet haben. Ein ähnlicher Fall ist in der Aerztl. Sachverst.-Zeitg. 1900 beschrieben, in dem sich auch progressive Paralyse bei einem Manne entwickelte, der eine Rückgratserschütterung erlitten hatte.*)

(Schluss folgt.)

*) Progressive Paralyse als Unfallfolge. Nr. 23. (Obergutachten von Obermedicinalrath Dr. Grashey vom 26. April 1900.)

Mittheilungen.

— Der Arbeiter Weiland ist gemäss Beschluss des ersten Strafsenats des Reichsgerichts ausser Verfolgung gesetzt worden, nachdem der genannte Senat in nicht öffentlicher Sitzung die Eröffnung des Hauptverfahrens abgelehnt hatte. Der Beschluss entsprach dem gleichlautenden Antrage des Oberreichsanwalts. Nachdem bereits Bremische Sachverständige ihr Gutachten abgegeben, wurde ein solches auch von der medicinischen wissenschaftlichen Deputation in Berlin eingeholt. Anklagebehörde und Gericht haben die Ueberzeugung gewonnen, dass von einer gegen den Kaiser gerichteten verbrecherischen That nicht die Rede sein könne. Auf Antrag des Staatsanwalts in Bremen hat die dortige Medicinalbehörde die zwangsweise Unterbringung des Weiland als gemeingefährlichen Geisteskranken in die Bremische Irrenanstalt veranlasst. —

— Der schlesische Prov.-Ausschuss hat beschlossen, die neue Irrenanstalt in Lüben (Niederschlesien) zu errichten. —

— Ueber den Zustand der hessischen Irrenanstalten im 18. Jahrhundert findet sich eine Mittheilung in dem „Journal von und für Deutschland", 1784, herausgegeben von dem Dichter Gökingk. Letzterer erzählt, dass Philipp der Grossmüthige die Mönchsklöster Haina und Grona zu Hospitälern für gebrechliche Mannspersonen, die Nonnenklöster Merxhausen und Hofheim zu ebensolchen für gebrechliche Frauen machte. Später, nachdem Philipp in kaiserliche Gefangenschaft gerathen war, sollten auf Befehl des Kaisers die Mönche wieder eingesetzt werden. „Als der kaiserliche Kommissar nach Haina kam, um diesen Befehl auszuführen, hatte der Obervorsteher alle seine Hospitaliten in einer langen Reihe an beiden Seiten des Weges nach dem Kloster gestellt. Durch diese führte er den Kommissar und fragte ihn, ob er nicht dafür hielte, dass die Einkünfte dieser Klöster zum Unterhalt solcher Menschen besser verwendet wären als wenn faule und gesunde Mönche damit gemästet würden? Die Wahrheit dieses Satzes schien dem kaiserlichen Kommissar so einleuchtend, dass er die Vollziehung seines Auftrages aufschob, um die Sache erst dem Kaiser zu berichten, welcher es dabei bewenden liess."



Später, im 18. Jahrhundert, änderte sich die Belegung der genannten Klöster in der Weise, dass in Haina die Männer, in Merxhausen die Frauen, in Hofheim Personen beiderlei Geschlechts untergebracht waren, während in Grona keine Hospitaliten mehr verblieben, sondern nur seine Einkünfte zum Unterhalte jener 3 Anstalten verwendet wurden. Unter den Insassen befanden sich auch Geisteskranke. „In Haina waren die Zwänger der Rasenden immer ziemlich geräumig und hell," — in Merxhausen dagegen waren es „tief in die Mauer hineingehende Löcher (die gar kein Licht hatten) und dabei so niedrig waren, dass die Menschen nicht aufrecht darin stehen konnten. Sie sahen völlig so aus, wie etwas geräumige Gänseställe; oder vielmehr, dass ich es recht sage, keine Beschreibung kann einen angemessenen Begriff von diesen Löchern machen. Der klügste Mensch, in so einem Loche eingesperrt, hätte müssen innerhalb 24 Stunden toll werden. . . ." „Dies ist geändert worden; die Rasenden sind nun in Behältern, worin sie sowohl stehen als liegen können, und wo sie das Tageslicht erblicken." Gökingk schildert dann, wie bei den Kranken, die in jenen Löchern hockten, mit der Zeit Gelenkverwachsungen und Sehnenverkürzungen eintraten, sodass sie nicht mehr im Stande waren sich aufzurichten. — Die Verpflegung soll vor dem dreissigjährigen Kriege besser gewesen sein und selbst am Ende des 18. Jahrhunderts war sie noch nicht zur früheren Qualität zurückgelangt.

Gökingk bedauert, dass an diesen Spitälern nur Feldschere und keine eigentlichen Aerzte angestellt seien. Der Verf. berichtet ferner, dass nach der Ansicht eines damals rühmlich bekannten Arztes, Dr. Greding, an der Irrenanstalt Waldheim in Sachsen, die weit grössere Anzahl von Wahnsinnigen durch „die sich so allgemein ausbreitende Kartoffelnahrung" krank geworden sei.

— XXVI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte Baden-Baden, 8. u. 9. Juni.

Schluss.

6. Ranschburg (Budapest): Demonstration eines eigenen Apparats zur Untersuchung der Auffassung, Assoziation und des Gedächtnisses.

Durch ein Diaphragma sieht die Versuchsperson den Ausschnitt einer Kreisscheibe mit dem Reizobjekt, Punkten von verschiedener Farbe, Zahlen, Silben, Wörtern. 60 Reize sind nacheinander vorzuführen durch Umdrehung der Scheibe. Die Drehung erfolgt ruckweise in verschiedenen Intervallen, indem der Stromschluss durch ein Metronom hergestellt wird. Die Pausen sind ebenfalls genau variirbar, von $1/4$ bis 3 Sekunden. Zur Assoziations- und Gedächtnissuntersuchung ist der Stromkreis eines Chromoskops einschaltbar, der sich mit Erscheinen des Reizes schliesst und mit der in einem Schallschlüssel gesprochenen Reaktion sich öffnet. Zur Gedächtnissprüfung wendet er das Erscheinen von Reizpaaren an, worauf nach einer Pause nur der eine Theil des Paars wieder erscheint und der andere reproduzirt werden muss. Durch ein übersichtliches Schema ist es gelungen, die Versuchsergebnisse so darzustellen, dass sofort die Faktoren der Merkfähigkeit, Reproduktionsschnelligkeit und Reproduktionstreue daraus abzulesen sind.

Diskussion: Weygandt (Würzburg): Gegenüber den optischen Reizapparaten von Römer und Alber bedeutet der neue Apparat, bei dem störende Geräusche u. a. auszuschliessen sind, einen Fortschritt, wenn auch die nicht ganz vermiedene Bewegung des auftauchenden Reizes trotz ihrer Schnelligkeit eine Störung bilden kann. Vor allem für Wahrnehmungs- und Gedächtnissversuche sind viele Resultate zu erwarten, während Assoziationsversuche nicht zu rasch gehen dürfen, weil sonst die deskriptive Analyse des psychischen Vorgangs vernachlässigt wird. Es ist zu wünschen, dass auch in Deutschland derartige Experimentalversuche an den Kliniken mehr betrieben würden.

7. Friedmann (Mannheim): Ueber Myelitis nach Influenza und über leichtere Formen der spastischen Spinalparalyse.

Im Fall 1 sank eine Frau mit hyperästhetischem r. Bein um; das motorisch gesunde l. Bein war anästhetisch. Die Sehnenreflexe waren stark erhöht; Fussklonus rechts. Wenn man das gelähmte Bein reizte, zuckte das gesunde, anästhetische linke Bein. Mit 6 Wochen Besserung, dann Dorsalschmerz, Gürtelhyperästhesie; die Lähmung im rechten Bein nahm zu, das linke Bein wurde schwächer. Nach Jahresfrist Tod.

Im Fall 2 wurden die Beine eines jungen, belasteten Menschen schwächer, Reflexe stark, Andeutung von Halbseitenläsion, 5. Dorsalwirbel empfindlich. An- und Hyperästhesie. Letzteres verschwand nach 10 Tagen, die Lähmung wuchs. Schröpfköpfe bessern, die Spinalempfindlichkeit wird geringer, die komplett gelähmten Beine können für einen Moment gehoben werden, die Reflexe werden geringer, Pat. kann $1/2$ bis 1 Stunde gehen. Retrobulbäre Neuritis.

Im 3. Fall trat nach Influenza Urinretention und eine Art Schütteltremor ein, der 14 Tage später verschwand. Reflexerhöhung ging schnell zurück, noch schneller die Hyperästhesie. Schmerzhaftigkeit am 5. Dorsalwirbel.

8. Van Oordt (St. Blasien): Ueber intermittirendes Hinken.

Die physiologische Funktion der Gefässwand hat hervorragenden Antheil am Symptomkomplex. Die Gefässwand muss von abnormen Reizen getroffen werden oder selbst abnorm reizbar sein. 2 Fälle sprechen dafür. 1. Ein Mann von 61 Jahren kann immer schlechter gehen, nach $1/4$ Stunde kommt er nicht mehr weiter. Dabei Kopfschmerz, etwas Parästhesie. Nach kurzer Rast geht es wieder; im Sitzen fühlt er sich wohl. Die Beine sind schwach und haben Varicen, die Haut zeigt nichts Abnormes. Arteriae tibiales anteriores und posteriores beiderseits, ferner A. popliteae und A. femorales zeigen keinen Puls. Schläfen- und Armarterien haben keine Arteriosklerose. Anamnestisch ist nur zu bemerken, dass Pat. als Knabe viel stehen musste und dann Parästhesien spürte, und dass er nach reichlichem Kaffeegenuss Pelzigsein in den Extremitäten fühlte. Digitalis machte Kopf-



schmerz. Ferner trug Pat. seit Jahren ein Bruchband das die Gegend des Austritts der A. femorales komprimirte. 2. Ein 69jähriger Offizier, starker Cigarettenraucher, hat seit Jahren Varicen und ermüdete später rasch beim Gehen, während er vor 2 Jahren noch 9 Stunden andauernd reiten konnte. Etwas Altersemphysem. Arteriosklerose an Kopf und Arm. Puls an A. femorales und popliteae kaum fühlbar, an Tibiales anticae und posticae fehlt er ganz. Bindenwicklung der Beine wurde angenehm empfunden. Die Tochter des Pat. war an interner Verblutung gestorben. In beiden Fällen handelt es sich um eine angiopathische Diathese.

9. Rumpf (Bonn): Ueber die chemische Veränderung des Muskels bei der Entartungsreaction.

Bei Alcohol-Neuritis ist der Wassergehalt des Muskels im Gegensatz zu früheren Befunden herabgesetzt, die Menge der festen Bestandtheile ist erhöht. Der Fettgehalt ist auffallend hoch. Der Gehalt an Kalium- und Natriumsalzen ist ebenfalls erhöht. Die isolirte Darstellung des Fetts ergab, dass es dem Palmitin und Stearin am nächsten verwandt ist.

10. Laquer (Frankfurt): Ueber Myasthenie.

Pat. erkrankte mit rechtsseitiger Ptosis, Pupillendifferenz, Erschöpfbarkeit der Kehlkopfmuskeln und zeigte in Bezug auf die Ermüdbarkeit das typische Bild der Myasthenie. Ein Kollaps trat auf mit Ohrensausen, Ohnmacht und Pulsverlangsamung bis 40. Pat. wurde bettlägerig und konnte sich vor Schwäche nicht mehr umwenden. Nach weiteren Kollapsen trat unter Aspirationspneumonie der Tod ein. Die Krankheitserscheinungen waren immer rein motorisch gewesen. Ueber den Befund berichtet der nächste Vortrag:

11. Weigert (Frankfurt): Anatomischer Befund zur Myasthenie.

Das Centralnervensystem war nicht wesentlich verändert. Die Muskeln zeigten mikroskopisch nichts Abnormes. Im Mediastinum fand sich eine Thymus, 5 cm. hoch, 3 cm. dick; höckerig, auf dem Durchschnitt roth, von weissen Knoten durchsetzt. Mikroskopisch zeigten sich Blutmassen und Gewebsinseln aus kleinen Zellen, epithelioïden Zellen und Hassal'schen Körpern. Ferner waren überall im Perimysium aller entnommenen Muskeln mikroskopisch Zellanhäufungen zu sehen, lymphoïde Zellen, spärliche grössere protoplasmareiche Zellen, ferner Blutungen, jedoch keine Hassal'schen Körperchen.

12. Bethe (Strassburg): Ueber die Regeneration peripherischer Nerven.

Bei Glossopharyngeusdurchschneidung fand er die Geschmackszellen ebenso früh degenerirt als die Zellen im Kerne selbst; die Degeneration macht also nicht Halt am Neuron, sondern geht darüber hinaus. Nach Durchschneidung eines Nerven wurde beobachtet, dass sich von den Zellen der Schwann'schen Scheide aus ein Protoplasmastrang bildet, der sich unter dem Einfluss des Centralendes des Nerven zum neuen Nerven ausbildet. Wenn man beim erwachsenen Hund den Nerv durchschnitten hat, bekommt man Bilder mit Marktrümmern, ohne Achsenzylinder. Einige Wochen später sieht man Wucherung des Protoplasmas der Schwann'schen Scheide, Kernvermehrung, Auftreten eines Strangs in der Nähe der Schwann'schen Kerne. 8 bis 9 Monate später ist eine Faser gebildet, die einen Achsenstrang, also ohne Primitivfibrille und eine Scheide ohne Myelin enthält. Wenn man einem sehr jungen Hund ein Stück Ischiadicus ausschneidet, findet nie jene Zusammenheilung statt. Das periphere Ende wird anatomisch und physiologisch vollkommen regenerirt. Bei sehr schwachen Stromstärken unter direkter Reizung giebts eine Zuckung. Die Regeneration ist manchmal ganz vollkommen; der Achsenzylinder hat Primitivfibrillen. Bei jungen Thieren kann sich der Nerv ohne Zusammenhang mit dem Centrum wieder regeneriren. Die Zellen der Schwann'schen Scheide müssen die Fähigkeit haben, Nervenfasern zu bilden. Wird der Nerv zum 2. Mal durchschnitten, so degenerirt nur das periphere Ende; das zentrale Ende ohne Zusammenhang mit Ganglienzellen degenerirt nicht. Die Degeneration ist somit keine Stütze für die Neurontheorie. Seit His' Untersuchungen hat sich die Technik sehr vervollkommnet. Der Ansicht von His gegenüber, dass die erste Nervenanlage zellenlos sei, betont Bethe auf Grund des Studium sehr früher Entwicklungsstadien, dass die erste Nervenanlage nicht aus Fasern, sondern aus Zellen besteht. Man kann oft sehen, dass solche Zellen in frühen Stadien des Hühnchenembryos Fortsätze in das Rückenmark hineinsenden. (Demonstration von Präparaten und Tafeln).

13. Weil (Stuttgart): Tumor des rechten Parietal- und Temporallappens.

Pat. zeigte l. Hemiplegie, Störung des Muskel- und stereognostischen Sinns, Nackensteifigkeit, Somnolenz und Brechreiz. Nach breiter Eröffnung wurden aus einer fluctuirenden Stelle 35 ccm. Blut entleert; es bestand eine glattwandige Höhle, die nach Drainage geschlossen wurde. Die Somnolenz hörte auf, die Hemiplegie besserte sich, ebenso die Störungen im Muskel- und stereognostischen Sinn. Nach Sekundärinfektion starb Pat. Sektion ergab neben frischen Eiterherden eine Cyste, die in das Mark des r. Temporallappens reichte. Wahrscheinlich handelt es sich um ein cystisch degenerirtes Gliom. Der Fall spricht dafür, dass im Gyrus angularis ein Centrum für die Bewegung des Auges nach der anderen Seite ist, und dass kein gesetzmässiger Zusammenhang zwischen Ptosis des einen Auges und Erkrankung des gegenseitigen Parietallappens besteht.

14. Bälz (Tokio): Klima, Erkältung u. Rheumatismus und ihr Verhältniss zum Nervensystem.

Ebenso wie Urticaria und Asthma, beruht Erkältung auf Idiosynkrasie, auf einer persönlichen Reaktion des Nervensystems gegenüber gewissen Reizen, die bei anderen Menschen keine Wirkung haben. Wenn Gefässe gelähmt werden, z. B. durch heisse Bäder, erkältet man sich nicht, weil die Gefässe sich nicht mehr auf Kältereize zusammenziehen. Im anderen Fall wird das Blut in den Körper gedrängt und in einem locus minoris resistentiae eine Infektion er-



möglicht. Abhärtung setzt die Reflexität gegen Wettereinflüsse herab. Vortr. verglich seine Hauttemperatur mit der eines Kuli im Zimmer und nach Aufenthalt in der Kälte; bei ihm war sie darauf um 8,5°, beim Kuli nur um 5° gesunken; letzterer erholte sich in der halben Zeit wieder. Langes Laufen in der Hitze veränderte die Temperatur des Kuli nicht, solang er unbekleidet war; wenn er Kleider beim Rikshaziehen trug, stieg seine Körperwärme um 2,3°. Abhärtung ist nicht bei allen Naturen möglich, Rheuma ist eine Hyperästhesie der Kältenerven. Er glaubt, die Elektrizität wirkt auf manche Menschen analog wie die Kälte, ja man kann von einem „allgemeinen tellurischen Sinne" sprechen. Unter dem Kälteeinfluss werden die Gefässnerven berührt und das vorüberfliessende Blut selbst verändert.

15. Rosenfeld (Strassburg): Gliose und Epilepsie.

Vortr. berichtet über 2 Fälle. In dem einen war die l. Hemisphäre stark verbreitert (8 cm gegen 0,3 im grössten Durchmesser), ferner war die Konsistenz der Oberfläche vielfach härter. Links war die Farbe grau, rechts mehr blass. Spricht sich aus über die Beziehungen der hypertrophischen Vorgänge an der Glia in manchen Fällen von Epilepsie. Die hypertrophische Gliose braucht nicht immer auf kongenitalem Ursprung zu beruhen.

16. Neumann (Karlsruhe): Zur Aetiologie der Chorea minor. Behandelt ein Material von 185 Fällen. Die Häufigkeit der Chorea schwankt nach Jahren und Monaten; im Frühjahr ist sie am häufigsten. Der Rheumatismus hat eine ähnliche Kurve, deren Gipfel etwas dem der Chorea vorangeht. Aetiologisch kommt noch in Betracht der psychische Shok in 14%. Davon zu trennen ist die psychische Infektion, die als hysterisch aufzufassen ist, ebenso wie die suggestiv geheilten Fälle. In erster Linie beruht Chorea auf Toxinwirkung, ferner kommt in Betracht die Prädisposition auf Grund konstitutioneller oder temporärer Minderwerthigkeit. Schliesslich giebt es jene hysterischen Fälle von Pseudochorea.

17. Weygandt (Würzburg): Beitrag zur Diagnose der Neurasthenie.

Gegenüber der alten Beard'schen Auffassung der Neurasthenie als Folge von Erschöpfung werden schon früh die Beziehungen zu konstitutionellen Leiden betont, so von Jolly. Neuerdings wird, so von Kräpelin und Schaffer, streng geschieden zwischen exogener Erschöpfungsneurasthenie und endogener, konstitutioneller, degenerativer Neurasthenie auf angeborener Grundlage. In praxi wirken oft beide Faktoren nebeneinander; man kann sehr wohl annehmen, dass der konstitutionell Neurasthenische, wie gegen andere Gifte, z. B. Alcohol, so auch gegen die mit Autointoxikation einhergehende Erschöpfung intolerant ist. Therapeutisch werthvoll ist es, beide Faktoren zu trennen, was durch das psychophysische Experiment ermöglicht wird. Entsprechend der Auffassung von Möbius, der die Symptome der Erschöpfungsneurasthenie von denen der akuten Ermüdung ableitete, findet sich bei kontinuirlichen Prüfungsarbeiten ein der gewöhnlichen Ermüdungskurve entsprechender Verlauf der Leistungsfähigkeit: der Gipfel der Leistung im Anfang, während die Normalkurve anfangs steigt und dann sinkt. Versuche von Gross und Röder bei Traumatikern und Normalen ergaben, dass der charakteristische Verlauf der Ermüdungskurve nicht zu simuliren ist. Vortr. demonstrirt eine Reihe von Kurven verschiedener Patienten: Bei konstitutionell Neurasthenischen ein sehr schwankender Verlauf, bei Erschöpfungsneurasthenischen ein Abfall vom Anfang an, bei Rekonvaleszenten ein allmähliches Erheben der Kurve und bei Geheilten ein steiler Anstieg. Wichtig ist zur Beurtheilung die Kenntniss der Normalverhältnisse, Sicherung gegen Störung und die Berücksichtigung der Höhe und des Verlaufs der Einzelleistung, sowie die Veränderung von Versuch zu Versuch. Speziell für Nervenanstalten empfiehlt sich zur Diagnose und zur Kontrolle der Behandlung dieser einfache Versuch des fortlaufenden Addirens einstelliger Zahlen mit Markirung jeder Minute, wodurch sinnenfällige Ergebnisse auf einem Gebiet erzielt werden, das bisher fast nur auf subjektive Angaben angewiesen war.

18. Kohnstamm (Königstein): Zur Anatomie und Physiologie der Vaguskerne. (Autorreferat).

Nissl-Methode nach Durchschneidung des Vagus am Halse, Marchi-Methode nach Durchschneidung des Vagus central vom gangl. jugular. inferius. — Die eigenen Untersuchungen und kritische Sichtung der Litteratur führten zu einer ziemlich widerspruchsfreien Darstellung der Anatomie des Vagusgebietes.

1. Das gesammte Vagusgebiet ist einzutheilen in ein oberes oder Glossopharyngeus-, ein mittleres oder Vagus-, und ein unteres oder Accessorius (vagi)-gebiet. Ebenso sind die Wurzeln einzutheilen, von denen zu bemerken ist, dass viele „Glossopharyngeuswurzeln" nicht in den nervus glossopharyngeus, sondern in den n. vagus eingehen. —

2. Der dorsale Vaguskern reicht von der Trigeminusgegend bis in das caudale Ende der Pyramidenkreuzung. Seine frontalsten Axone gehen (in den Trigeminus? und.) in den gleichseitigen nerv. intermedius Wrisbergs d. h. später in den facialis ein, die distalsten werden zu Accessoriuswurzeln. Der peripherische nerv. glossopharyngeus führt keine Fasern an den dorsalen Kern (v. Gehuchten).

3. Der nucl. ambiguus entsendet seine Fasern zur gleichseitigen Schlund- und zur Kehlkopfmuskulatur (via nerv. glossopharyngeus und vagus).

4. Das Solitärbündel empfängt sämmtliche sensiblen Fasern des Vagusgebiets, d. h. aus dem n. trigeminus, n. intermedius (facialis-chorda tympani), n. glossopharyngeus, n. vagus, n. accessorius vagi.

5. Auch die Vagusfasern des Solitärbündels treten im Glossopharyngeusgebiet ein; dasselbe endigt in dem ihm auf seiner ganzen Länge medialwärts anliegenden mächtigen Kern des Solitärbündels, dem eigentlichen und einzigen sensiblen Vaguskern, der dem dorsalen Kern dorso-lateralwärts anliegt. Die beiderseitigen Kerne des Solitärbündels vereinigen sich caudal vom calamus scriptorius zu dem nucl. commissuralis (von Ramón y Cajal), dem eine Sonderstellung nicht zukommt.



6. Der dorsale Kern enthält nur Ursprungszellen centrifugaler Neurone; die in ihm endigenden centripetalen Fasern sind als Analoga der spinalen Reflexcollateralen aufzufassen. — Da er offenbar nur sympathischen Fasern den Ursprung giebt, könnte man ihn als nucl. sympathicus medullae oblongatae bezeichnen.

7. Der dorsale Kern steht ebenso wie der Magensekretion der Speichelsekretion vor. Unter Benutzung der Ergebnisse Köster's u. a. stellt sich der Weg zur glandula submaxillaris so dar: dorsaler Kern, portio intermedia, n. facialis, chorda tympani, nerv. lingualis; zur Parotis: Dorsaler Kern, n. glossopharyngeus, n. tympanicus, n. petrosus superficialis minor, ggl. oticum, nerv. auriculo-temporalis.

8. Ebenso versorgt das System des Solitärbündels mit centripetalen Fasern die Abkömmlinge des embryonalen Schlunddarmes [sämmtliche Geschmacksfasern (Wallenberg), Hering-Breuer'sche Fasern etc.].

9. Mein Befund, dass die im ggl. jugul. inf. entspringenden Nerven im Glossopharyngeusgebiet eintreten, stimmt mit der physiologischen Erfahrung, dass die centripetalen Herz- (Circulations-) und Athmungsfasern in den obersten Wurzeln verlaufen.

10. Die dem Phrenicuskern übergeordnete Station der Oblongata sind die grossen Zellen der seitlichen Formatio reticularis, in deren Gegend Axone des Solitärbündelkerns einmünden (nach Zeichnungen von Ramón y Cajal). Dieser Zusammenhang constituirt das „Athmungscentrum".

11. Die im Vergleich mit der spinalen Trigeminuswurzel und hinsichtlich der Grösse der versorgten Fläche auffallend geringe Faserzahl des Solitärbündels erklärt sich dadurch, dass letzteres keine localisirten Empfindungen, sondern nur Reflexe auszulösen hat.

19. Laudenheimer (Alsbach): Ueber den Chlor- und Bromsalzstoffwechsel der Epileptiker.

Bei Stoffwechselkrankheiten (Diabetes u. a.) kommt es nicht zur Aufspeicherung von Brom. Das aufgespeicherte Brom beim Epileptiker bleibt im Blut und Lymphflüssigkeit. Die Wirksamkeit hängt mehr von der Höhe des Depots als von der des täglich neu zugeführten Salzes ab. Durch Bromnatrium werden gewisse schädliche Stoffe im Körper chemisch gebunden. Bei Bromnatrium tritt nach wenigen Tagen Stoffwechselgleichgewicht ein. Brom wird gut ertragen oder es tritt Flüssigkeitsstauung ein. Bei chlorarmen Individuen, besonders bei anämischen und kachektischen, besteht spezifische Neigung zur übermässigen Bromretention unter Austritt von Chlor aus dem Körper, es tritt Frühbromismus schon bei kleinen Dosen ein. Nach Chlornatriumzufuhr kann das Bromdepot verringert werden. Wenn Brom organisch im Körper ist (Bromipin), wird es durch Chlornatrium nicht beeinflusst. In der Darreichung grosser Kochsalzdosen (20 g) hat man ein rationelles Mittel zu Bekämpfung des Frühbromismus. Präventiv sollten anämische Personen Chlornatrium nehmen, ferner sind Diuretica, besonders Digitalis, wirksam.

Weygandt-Würzburg.

Referate.

— Sander. Zur Entstehung des Selbstmords. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1901, Nr. 9.

Wenn auch Esquirol's Behauptung, alle Selbstmörder seien geisteskrank, nicht aufrecht erhalten werden kann, so begeht doch zweifellos ein sehr hoher Prozentsatz die That in geistig unfreiem Zustande. Auch durch die Statistik wird der Zusammenhang zwischen Selbstmord und Geisteskrankheit nahe gerückt. Das Maximum der Selbstmorde fällt bekanntlich in jenes Lebensalter, in dem auch die meisten Geisteskranken vorkommen: beim Manne in die Zeit der höchsten Kraftentfaltung im Kampfe ums Dasein (30.—45. Lebensjahr), während beim Weibe die hauptsächlichsten Jahre der Fortpflanzungsthätigkeit (20. bis 35. J.) betroffen wird. So hat auch Heller nachgewiesen, dass 46% seiner durch Selbstmord gestorbenen Frauen gerade schwanger oder menstruirt waren. Nach dessen beachtenswerten Untersuchungen boten ferner allein 24,3% der Fälle die Zeichen einer fieberhaften Erkrankung. Es ist ja bekannt, dass akuten Infektionskrankheiten oft eigenthümliche, neurasthenisch-hypochondrische, zu Selbstmord disponirende Stadien voraufgehen; zuweilen auch sind es plötzliche Initialdelirien ängstlichen Charakters, in seltenen Fällen handelt es sich um entzündliche, direkt durch die Infektion hervorgerufene Gehirnprozesse.

Des weiteren bespricht S. die Beziehung des Selbstmords zu den einzelnen Psychosen, von denen die Selbstmordpsychose κατ' ἐξοχήν den ersten Platz einnimmt; die grössten Gefahren birgt die agitirte Melancholie, deren elementaren Drang zum S. man zuweilen nur durch vorübergehende Beschränkung bemeistern können.

Eine grosse Rolle spielt zweifellos der häufig suggestiv wirkende Nachahmungstrieb, wie dies Selbstmordepidemien aus dem Alterthum und solche auf religiöser Basis z. B. aus der jüngsten russischen Kulturgeschichte lehren.

Nächst der Melancholie zeitigt die Hysterie mit ihren ausserordentlichen Affekt- und Dämmerzuständen, Selbstmordgefahren; S. betont hierbei, dass es sich zwar nicht selten um leere Drohungen handelt mit der Absicht die Umgebung einzuschüchtern, dass aber ein solcher Scheinversuch zuweilen gegen den Willen der betr. Person letal endet. Dem hysterischen Charakter misst S. auch grössere Wichtigkeit zu bei den Kinderselbstmorden, während Baer in seiner gründlichen Monographie (Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig, Thieme 1901) zu etwas abweichenden Resultaten gelangt. Bei einem 5jährigen Kind einen wirklichen Selbstmord anzunehmen, wie es S. thut, bedarf doch einer Begründung. — Die hysterischen Dämmerzustände sind von besonderer Wichtigkeit; S. nimmt an, dass sie beim Selbstmord jugendlicher, weiblicher Personen dienenden Standes, wie Kellnerinnen, Ladnerinnen und dergl. häufig eine besondere Rolle spielen, wobei auch die Menstruation von Bedeutung zu sein scheine.

Aehnlich wie Baer sagt S., dass man bei jedem Selbstmord, „dem nicht völlig durchsichtige Motive zu



Grunde liegen, an Geistesstörung denken muss". Es darf aber nicht das Motiv, sondern die eigenartige Reaktion auf äussere Anlässe, wie Heller bemerkt, und die mit der sonstigen Persönlichkeit kontrastierende Handlungsweise ausschlaggebend sein. Aus ethischen wie socialen Gründen müsste jeder Fall von Selbstmord klargestellt werden, wobei der von Heller eingeschlagene Weg der Obduktion öfters die vermisste Klarheit bringen kann. Zur möglichsten Verhütung des Selbstmords ist bei vorhandener Psychose frühzeitige Anstaltsbehandlung angezeigt, hierzu aber ist die Aufnahme in die Anstalt noch zu erleichtern, statt wie es wieder versucht wird, zu erschweren.

Kellner-Hubertusburg.

— Baer. Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Eine social-hygienische Studie. Leipzig. Thieme 1901.

Die Anzahl der Kinderselbstmorde ist in einer fortwährenden Zunahme begriffen, zwar abhängig von der Zunahme der allgemeinen Selbstmordfrequenz, doch nicht dieser parallel gehend. Die Erklärung dieser Erscheinung wie des Selbstmords überhaupt ist äusserst schwierig; vor Allem bedeutet die Unkenntniss der Abstammungs- und Entwickelungs- wie der socialen Verhältnisse eine Lücke. Jedenfalls ist eine gewisse Zahl der durch Selbstmord gestorbenen Kinder geistig erkrankt oder zu Geisteskrankheiten beanlagt. Ein grosser Theil von ihnen besitzt eine minderwerthige Organisation; sie gehören zu den von Koch als „psychopathische Minderwertigkeiten", von Magnan, Möbius, Strümpell u. A. als Degenerierte oder Entartete beschriebenen, sei es, dass sie die minderwerthige Konstitution durch Abstammung aus degenerierten Familien oder durch irgendwelche Schädigung eine krankhafte Schärfe des Gehirns frühzeitig erworben haben. Einen wichtigen Theil der Schuld tragen die socialen Verhältnisse, in denen sich die Kinder entwickeln, die Verhältnisse der Familie und der Schule. Das Familienleben hat in breiten Volksschichten durch unser Kulturleben, durch die Fabrikarbeit u. s. w., durch die Nothwendigkeit des Erwerbs auch der Mutter, sehr gelitten, zugleich damit die Kindererziehung, die vielfach einer Verwahrlosung Platz macht.

Auch muss das Kind, zu heiterem Lebensgenuss bestimmt, besonders in den Grossstädten, selbst schon den Daseinskampf im eigenen Erwerb kosten. Ausserdem erzielt die jetzige Erziehungsmethode vielfach eine einseitige Verstandesausbildung auf Kosten des Gemüths, ein Fehler, welcher auf der heutigen Schule zu machen ist. Durch Alles entsteht eine Frühreife des Kindes in seinem Verstandes-, Gemüths- und Triebleben, welche wie als Mitursache der Zunahme der jugendlichen, Verbrecher so der Kinderselbstmorde anzusehen ist. Nicht nur die Verwahrlosung in den ärmeren, auch in den wohlhabenderen Klassen prädisponiert die Frühreife in ihren Folgen gleicherweise zum Selbstmord. Derartig falsch erzogene Kinder vermögen ebensowenig wie geistig minderwerthige, Affektstürmen genügenden Widerstand entgegenzusetzen. In unserem jetzigen Schulsystem eine direkte Ursache der Vermehrung der Kinderselbstmorde zu sehen; ist man nicht berechtigt, wenn auch Examensfurcht, verletzte Eitelkeit, Furcht vor Strafe häufig angegeben werden, so sind hier doch oft körperlich oder geistig anormale Kinder betroffen. — Von gewisser Wichtigkeit ist bei Kindern wie bei Erwachsenen die suggestive Macht der Nachahmung. Alles in Allem erklären Degeneration und Geistesstörung auf der einen, schlechte Erziehung und Frühreife auf der anderen Seite das relativ häufige Vorkommen der Kinderselbstmorde und ihre Zunahme in der neueren Zeit. Oberarzt Dr. Kellner-Hubertusburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Decubitus, Diskussion darüber (Ganser u. A.) Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. S. 951.

Kehrer: Reflectorische Erscheinungen und consensuelle Vorgänge in den weiblichen Genitalien, deren Anhängen und dem übrigen Körper. Ebenda S. 951.

Arch. f. Psych. Bd. 34. 2. Heft enthält:

Karl Heilbronner, Ueber die transcorticale motorische Aphasie und die als „Amnesie" bezeichnete Sprachstörung.

Karl Petrén, Ueber den Zusammenhang zwischen anatomisch bedingter functioneller Gangstörung (besonders in der Form von trepidanter Abasie) im Greisenalter.

L. M. Sander, Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie acuter Geistesstörungen.

Raecke, Die Gliaveränderungen im Kleinhirn bei der progressiven Paralyse.

Ludwig Hajós, Ueber die feineren pathologischen Veränderungen der Ammonshörner bei Epileptikern.

M. Probst, I. Ueber arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns und deren Folgen. — II. Ueber das Gehirn der Taubstummen. — III. Zur Kenntniss der disseminirten Hirn-Rückenmarksklerose.

E. Meyer, Zur Pathologie der Ganglienzelle, unter besonderer Berücksichtigung der Psychosen.

Martin Cohn, Ueber Ponsblutungen.

O. Heubner, Ueber einen Fall multipler Rückenmarksgliome mit Hydrocephalus internus.

W. Seiffer, Das spinale Sensibilitätsschema zur Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten.

F. Jolly, Rede zur Eröffnung der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte und zur Einweihung des Hörsaals der neuen psychiatrischen und Nervenklinik der Kgl. Charité.

* * *

Arch. d. Neurologie 1901. Juni:

E. Régis, Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire.

J. A. Estèves, Hémiplégie spasmodique infantile avec épilepsie.

Ed. Aubry, Un nouveau signe physique spécial à l'intoxication alcoolique: le signe de Quinquaud.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 16. 13. Juli **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Ueber Unfallpsychosen.

Nach einem in der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin am 23. April 1901 gehaltenen Vortrag.

Von Dr. *Max Edel.*

(Fortsetzung.)

Von meinen sonstigen 7 Fällen von Trauma bei progressiver Paralyse hat die Geistesstörung theils schon vor dem Unfall bestanden, theils sich im Anschluss an das Trauma erheblich verschlimmert. Ein bisher völlig dienstfähiger Pferdebahnschaffner, der $^1/_4$ Jahr nach einem Sturz auf den Kopf vorgeschrittene Paralyse darbot, war nach dem Fall zum ersten Mal mit seiner Kasse nicht richtig fertig geworden. In 4 Fällen, in denen die Paralyse sich erst nach dem Unfall entwickelte, war stets eine hereditäre Belastung nachweisbar, Syphilis nicht zu eruiren, aber auch nicht auszuschliessen; Alcoholismus bestand nicht. In allen diesen liess sich der Zusammenhang der Paralyse mit dem Unfall mehr oder weniger gut verfolgen. Dabei musste der Unfall mit seinen Folgen als weiteres prädisponirendes, in dem ausgeführten Fall als auslösendes Moment der Psychose auf hereditär belastetem Boden angesehen werden. — Bei einem 46j. Locomotivführer kommen zwei Eisenbahnunfälle in Betracht. Ein Bruder war im Alcoholdelirium gestorben, er selbst kein Potator. Anfang der 80er Jahre erlebte er den ersten Zusammenstoss, wonach er längere Zeit zu Haus bleiben musste und eine gesteigerte nervöse Reizbarkeit aufwies. Der zweite Zusammenstoss ereignete sich 1897, wobei er eine Gehirnerschütterung mit häufigem Erbrechen bekam und mehrere Wochen zu Haus blieb. Seitdem klagte er über Kopfschmerzen. Die Angelegenheit wurde gerichtlich untersucht, er wurde als schuldlos freigesprochen. Das regte ihn aber auf. Seit 1 $^1/_2$ Jahren leidet er an Schwindelanfällen. Der Ausbruch der Paralyse mit Tobsucht, Grössenideen, geistiger Schwäche und körperlichen Lähmungserscheinungen erfolgte vor kurzem im Anschluss an eine weitere Gemüthserregung über schwere Erkrankung seiner Frau. 2 Tage vor seiner Aufnahme in die Anstalt hatte er noch den Dienst als Lokomotivführer auf der Stadtbahn versehen. Auch hier sind die Unfälle neben der hereditären Belastung als prädisponirendes Moment für die Psychose und die Gemüthserregungen, die theils durch die Folgen des Unfalls bedingt, theils unabhängig von demselben sind, als auslösender Factor zu betrachten.



Das Trauma spielt freilich bei der Aetiologie der Paralyse im ganzen eine geringe Rolle, wozu noch kommt, dass Unglücksfälle häufig die Folgen der Paralyse sind durch Streitigkeiten, Schlägereien, Unbeholfenheit, Sorglosigkeit, (Prof. Mendel) oder durch Schwindel als Symptom der bereits bestehenden Gehirnaffection. In einem solchen Fall letzterer Art schloss eine Versicherungsgesellschaft einen Vergleich mit der Ehefrau des erkrankten Paralytikers. Meine Fälle zeigen aber, dass gelegentlich nach schweren Erschütterungen nicht blos des Kopfes, sondern auch des Rückens und selbst nach starkem psychischen Schreck die Entwicklung der progressiven Paralyse auf hereditär belastetem Boden begünstigt wird.

Die Seelenstörungen mit Hysterie und Epilepsie nach Traumen sind häufiger. Ich verweise auf die interessante Krankenvorstellung des Herrn Geh.-Rath Moeli in der letzten Sitzung des Berliner psychiatrischen Vereins*). 1896 habe ich eine Reihe von hierher gehörigen Neuropsychosen nach Unfällen beim Irrenwartpersonal aus Dalldorf mitgetheilt.**)

Der folgende Patient, ein 38j. hereditär schwer belasteter Schaffner ist im Anschluss an einen mit Erschütterung des Rückens und Kopfes einhergehenden Eisenbahnunfall an einer epileptischen Seelenstörung mit Paranoia erkrankt. Er hat 14 Jahre beim Militär gedient und sich als strebsamer und ordentlicher Mensch gezeigt. Als er am 1. Juni 1900 auf einen in Bewegung befindlichen Zug aufspringen wollte, schlug er mit dem Rücken gegen den nächsten Wagenhandgriff, verlor das Gleichgewicht und fiel auf den Bahnsteig. Es stellten sich bald nervöse Störungen wie Rücken- und Kopfschmerz, Reizbarkeit, Schwindel und Krampfanfälle ein und er musste den Dienst häufig aussetzen. Da er an der Stadtbahn oft auf- und abspringen musste und jedesmal einen Ruck durch den Körper und dabei einen heftigen Schmerz im Rücken empfand und bald ermüdete, wurde er auf sein Gesuch um leichteren Dienst zum Güterverkehr als Bremser versetzt. Seit August fiel er oft um, hatte Zuckungen im Gesicht und wurde blaurot. In einem solchen Anfall schlug er sich eine tiefe Wunde in den Hinterkopf, von der die bestehende Narbe herrührt. Er wurde auch alcoholintolerant. Von Interesse ist das Auftreten einer Gürtelrose im Hinblick auf die Rückgratschmerzen. Seit October wurde er tiefsinnig, melancholisch verstimmt, sass stundenlang auf einem Fleck, starrte vor sich hin, glaubte die Stimme seines Eisenbahnvorstehers zu hören, von dem er sich verfolgt wähnte, vermeinte, die Frau stehe mit dem Vorsteher unter einer Decke, bestehle, hintergehe ihn und wolle ihn vergiften. Er rührte daher die Speisen nicht an, kochte sich Nachts Essen und ging fort. Einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte er, von dem er später nichts mehr wusste. Von Zeit zu Zeit wurde er heftig erregt, trachtete der Frau nach dem Leben, sodass diese sich öfter einschliessen musste und zu ihrem Schutz ein Mädchen in die Wohnung nahm. Er äusserte, er werde für einen Lügner angesehen, keiner glaube, dass er einen Unfall erlitten, die Beamten der Bahn würden ihn umbringen. Er habe 14 Jahr gedient und müsse jetzt betteln gehen. Er sei ein kranker müder Mann. Die Frau suchte seinen Zustand zu verheimlichen, aus Furcht, er könnte seiner Stellung verlustig gehen. Der Zustand wechselte stark. Bisweilen war er 14 Tage lang ganz ruhig und sprach vernünftig, um dann wieder mehrere Tage zu toben. Im Januar d. J. machte er eine Eingabe um Ueberweisung an eine Nervenheilanstalt, wobei er hypochondrische und Beeinträchtigungsideen äusserte, sich über ungerechte ihm widerfahrene Behandlung und Zurücksetzung und seine vermeintliche Strafversetzung zum Güterverkehr beschwerte. Der Bahnarzt fand ihn im Februar dieses Jahres mit starren melancholischen Gesichtszügen. Patient gab an, von seinen Vorgesetzten chicanirt und ungerecht behandelt zu sein. Es wären schlechte Papiere ausgestellt, so dass er in seiner neuen Stelle gleich Misstrauen begegnet wäre. Er schlafe schlecht, leide an grosser Unruhe, sei beständig unzufrieden, habe fortwährende Kopf- und Kreuzschmerzen und müsse immer an seine Strafversetzung denken. Die Reflexe waren stark gesteigert. Zittern des Körpers und Kopfes wurde bemerkt. Der Bahnarzt schloss sein Gutachten, dass W. an Verfolgungswahn leidet und dass nach seiner Ansicht das Nervenleiden mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang stehe. Der überstandene Schreck zusammen mit der Erschüttrung des Kopfes sei sehr wohl imstande, das Leiden entstehen zu lassen. Krämpfe oder Schwindelanfälle wurden in unserer Anstalt nicht beobachtet, dagegen zeigte er ein leicht gereiztes Wesen, äusserte zeitweilig Lebensüberdruss, war hypochondrisch gestimmt und brütete vor sich hin. Er klagte beständig über Kopf- und Kreuzschmerzen. Sein Kopf werde grösser, es summe darin wie in einem Bienenhaus. Die Beeinträchtigungsvorstellungen bezogen sich vorwiegend auf seine Vorgesetzten; in der Anstalt fühlte er sich aber auch vom Wartepersonal und Arzt beeinträchtigt, glaubte dass die Menschen ihm übel wollten und dass er nirgends Recht bekäme. Er hätte als Militäranwärter eine bessere Stellung zu

*) Ueber Hysterie. Sitzung vom 16. März 1901.

**) Ueber Versorgung verletzten und invalide gewordenen Irrenwartpersonals. Archiv für Unfallheilkunde I. Bd.

beanspruchen. Als er sah, dass Andere Kilometergelder durch Fahren verdienten, was er nicht konnte, und dass seine Frau sich quälen musste, wurde er verzweifelt. Er wartete beständig auf Beantwortung seiner Schreiben an die Eisenbahndirection. Wegen seines Unfalles sei er 10 mal zu Protokoll vernommen worden. Er müsse von Assistenten verklatscht worden sein, die über ihn berichteten Diese hätten etwas gegen ihn, weil er beim 10ten Male aufgemuckt hätte. Von seinen Kameraden sei er geneckt und geuzt worden. Sobald er auf den Unfall und die sich anschliessenden Verhandlungen mit dem Eisenbahnvorsteher zu sprechen kam, zitterte er vor Erregung. Bei mehrmaliger Beurlaubung nach Haus bekam er wiederholt heftige Aufregungszustände, in denen er Zerstörungstrieb hatte, lachte, tobte, verwirrt sprach und Verfolgungsideen äusserte. Nach seiner Zurückbringung zur Anstalt machte er einen etwas benommenen Eindruck und ihm fehlte die volle Erinnerung an diese Vorgänge. — Ich halte diese Zustände für hysteroepileptische Dämmerzustände. — Er schimpfte z. B., der Stationsvorsteher habe ihn beim Kaiser verklagt, er wolle zum Kaiser gehn, um sich wegen der ungerechten Behandlung zu beklagen, der Doctor lege ihm Steine auf den Kopf und anderes. Nachdem er sich in der Anstalt eine Zeit lang ruhig und geordnet benommen hatte, wurde er wieder nach Haus beurlaubt. Die Frau bemerkte, nachdem er eine Stunde geschlafen hatte, krampfartige Bewegungen im Gesicht, er schlug sich mit den Händen gegen den Kopf, schrie laut über Schmerzen, sprang auf, wollte die Gardinen herunterreissen, sich die Haare ausraufen, biss sich in die Hände, fing an zu lachen und zu toben, musste durch Nachbarn an Zerstörungen gehindert werden, verlangte seine Dienststiefel und wollte, wie er äusserte, dienstlich nach Oderberg fahren. Er äusserte dabei, der Vorsteher und seine Frau wollten ihn los sein. Er musste von einem Wärter zur Anstalt zurückgebracht werden. Derselbe fand ihn ganz benommen und stuporös. Er schrie auf und gab auf Fragen keine Antworten. In der Anstalt wunderte er sich, wie er wieder hierher gekommen wäre, war anfangs noch benommen und verhielt sich stumpf und apathisch. Von den Vorgängen wusste er nichts und war moroser Stimmung. — Die Kopfform ist ohne Besonderheit, die Lider zittern bei Schluss der Augen lebhaft, die Hände zittern beim Ausstrecken. Die Schläfengefässe sind geschlängelt. Der Puls ist andauernd beschleunigt. Bei Druck auf die Supraorbitalgegend sah man Erweiterung der Pupillen. Beim Beklopfen des Scheitels, der angeblich schmerzt, thränen die Augen und es erfolgt Lidschluss und Veränderung der Athmung. Die Venen an den Wangen sind erweitert. Gegen Galvanisiren des Kopfes ist er äusserst empfindlich. Perimetrische Untersuchung ist wegen baldiger Ermüdung undurchführbar. Lendenwirbelsäule druckempfindlich. Analgesie der Kopfhaut gegen Nadelstiche. — Patient wurde am 30. März d. J. versuchsweise nach Haus entlassen. Die Beeinträchtigungsideen sind noch nachweisbar. Auf Ersuchen der Eisenbahndirection wurde berichtet, dass er für absehbare Zeit als erwerbsunfähig zu betrachten ist und dass es von dem Ergebniss der weiteren Beobachtung abhängen wird, ob überhaupt noch auf dienstfähige Wiederherstellung zu rechnen ist.

Es hat sich also hier auf stark hereditär belastetem Boden bei einem bisher völlig gesunden Menschen in unmittelbarem Anschluss an einen mit Erschütterung des Rückens und Kopfes verbundenen Unfall eine Neuropsychose entwickelt, die mit Schwindel, Krampfanfällen, Dämmerzuständen, moroser Stimmung, abnormer Reizbarkeit, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen bei gehobenem Selbstgefühl einhergeht. Es handelt sich um Paranoia mit hystero-epileptischem Character. Der Unfall mit seinen seelischen Folgen ist hier wohl bei der Disposition des Patienten als auslösendes Moment der nervösen und psychischen Erkrankung anzusehen. Auf dem Boden der Unfallneurose hat sich ausgesprochene Verrücktheit entwickelt, die nicht blos Züge von Querulantenwahn aufweist.

Einen zweiten Fall hystero-epileptischer Seelenstörung mit hypochondrischen Vorstellungen habe ich bei einem ebenfalls belasteten 24 j. Russen angetroffen, dessen Vater an „Zittern" leidet und der bis zum Alter von 16 Jahren gesund gewesen ist. In diesem Alter wurde er auf einer Reise im Schlaf aus einem Wagen geschleudert, dessen Pferde scheu wurden und durchgingen. Er blieb die ganze Nacht auf dem Felde liegen und war bis zum zweiten Tage danach bewusstlos. 2 Monate später bekam er Zittern der Augenlider, Herzklopfen und Schwindelanfälle, wurde leicht reizbar und ermüdbar. Sein Gedächtniss wurde mit der Häufigkeit der Schwindelanfälle und Absencen schwächer. Zeitweilig traten heftige Aufregungszustände ein. In einem solchen schoss er auf sich mit einem Revolver, ohne sich zu verletzen. Er klagte beständig über Kopfschmerz, Kopfdruck und allerlei hypochondrische Beschwerden. Sein Puls war sehr labil, meist beschleunigt. Starke Steigerung der Reflexe; bei Stichen auf den Körper starke Erweiterung der Pupillen; ebenso bei Beklopfen der schmerzhaften Kopfhaut, Zittern der ausgestreckten Hände, fibrilläres Beben der Gesichtsmuskulatur. Er äusserte oft Lebensüberdruss, beschäftigt sich nur mit seinem Körper.

hatte trübe Gedanken, dass er Epileptiker sei, dass er nie wieder gesund werde, dass sich Aufregungen oder Verrücktheit bei ihm einstellen könnten, u. s. w.

Ein prägnantes Beispiel für die Folgen von Trauma bei chronischem Alcoholismus mit Schwachsinn, Eifersuchtswahn, pathologischen Rausch- und impulsiven Aufregungszuständen ist der folgende, 40j. hereditär belastete, aber bisher gesunde und gegen Alcohol refractäre Arbeiter, bei dem sich im Anschluss an ein Kopftrauma die Psychose entwickelte.

Pat. hat eine geisteskranke Schwester und eine Tochter, die an epileptischen Anfällen litt. Potus wird zugegeben. Er war ruhig und ordentlich. Am 12. Januar 1900 erlitt er eine Kopfverletzung durch Fall eines Mauersteins auf seinen Kopf. Er wollte der Frau den Unfall verheimlichen und ging wieder zur Arbeit, musste sie aber am nächsten Tage wieder einstellen. Seitdem hat er Kopfschmerz, Schwindel, ist missgestimmt, aufgeregt, macht oft Skandal, neigt zu Gewaltthätigkeit und begeht unzweckmässige zum Theil kindliche Handlungen. Er vertrug nur wenig Alcohol. 5 Wochen nach dem Unfall machte er einen Selbstmordversuch durch Erhängen mit nachfolgendem Krampfanfall und totaler Amnesie. Nachdem er in Haus Schönow in Zehlendorf einige Wochen zugebracht hatte, wurde er in unsere Anstalt, jetzt bereits zum vierten Male auf Kosten der Berufsgenossenschaft gebracht und zwar wegen Rauschzustände mit Excitation. Er lärmte, redete verworren und lallend und roch nach Alcohol. Er äusserte Selbstmordideen, bedrohte Frau und Kind wiederholt mit Totschlag.

Dabei sind ohne Hintergrund ausgesprochene Eifersuchtsideen aufgetreten. Ethische Defecte und Intelligenz- und Urtheilsschwäche, Einsichtslosigkeit beschlossen das Bild. Er hat eine auffallend niedrige Stirn. Auf der linken Kopfseite befindet sich eine Narbe. Die Kniereflexe sind gesteigert. In der Anstalt zeigt er ein im Ganzen schwachsinniges und leicht erregtes, aber geordnetes Verhalten und wurde jedesmal nach kurzer Zeit entlassen, aber bald wieder rückfällig. Die Berufsgenossenschaft wünschte daher selbst eine länger dauernde Anstaltsunterbringung. Er versprach aber dem Vorstand, ordentlich zu werden und bat dringend, davon Abstand zu nehmen. Infolgedessen lehnte die Berufsgenossenschaft eine weitere Behandlung für den Fall, dass er seinem Versprechen zuwiderhandeln sollte, ab. Wie vorauszusehen war, hat dies nicht lange auf sich warten lassen. (Schluss folgt.)

Zur Paranoiafrage.

In seiner eben erschienenen Arbeit: Ueber den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Ein Beitrag zur Lehre von der Wahnentwicklung. (Festschr., S. K. H. dem Prinzregenten Luitpold von Bayern zum 80. Geburtstage dargebracht von der Universität Erlangen*) hat Prof. Specht-Erlangen die seit einiger Zeit ruhende Paranoiafrage wieder aufgerollt, was gewiss mit Freuden zu begrüssen ist. Verf. steht auf dem Standpunkt, dass es eine chronische primäre Paranoia giebt — mit von Anfang an klar erkennbarem, aber ganz langsam sich herausbildendem, dauerndem, unerschütterlichem Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges, wie Kraepelin sich ausdrückt. Er bekämpft aber die Ansicht, dass die Paranoia als ein „Verstandesirresein" aufgefasst und bezeichnet wird; er glaubt vielmehr, beweisen zu können, dass wenigstens bei der chronischen einfachen Verrücktheit, diesem eisernen Kern der ganzen Paranoiagruppe, nicht weniger wie bei den sogenannten Affectivpsychosen das Gefühlsleben primär krankhaft ergriffen ist und dass einzig aus dieser Grundlage heraus das eigenartige Bild der Paranoia, in erster Linie der paranoische Wahn, genetisch sich unserem Verständniss erschliesst. Ist aber einmal die Wahnidee des Verrückten auf ein primär gestörtes Affectleben zurückgeführt, dann ist auch für die leider noch so verworrene Wahnlehre überhaupt der wünschenswerthe einheitliche Gesichspunkt gewonnen; denn einzig und allein das unmögliche Unterfangen, die paranoischen Wahngedanken lediglich aus Defecten oder eigenartigen Abweichungen der Vorstellungssphäre zu reconstruieren, hat es verschuldet, dass wir auf diesem wichtigen Gebiet der allgemeinen Psychopathologie aus dem Zustand bedauerlicher Stagnation nicht herauskommen . . . . ."

Verf. führt nun aus, dass auch die paranoischen Wahnideen Affectideen sind, dass auch die Paranoia auf dem Boden von Stimmungsanomalien erwächst, wie dies vor ihm auch Tiling und Moeli (auch Ref.) behauptet haben. Nach Specht ist ein Mischaffect, das Misstrauen, diejenige Stimmungslage, welche als für die Entstehung der Eigenbeziehung bei der Paranoia (und also für die Entstehung der Paranoia) am günstigsten wirke. In ähnlicher Weise wie Ref.*) es früher gethan, zieht Verf. zum Verständniss der affectiven Grundlage der Paranoia den Vergleich mit

*) A. Deichert, Leipzig. Preis 1.— M.

*) Deutsch. med. Wochenschr. 1898, Nr. 41.



dem circulären Irresein heran, bei welchem man nicht selten Gelegenheit habe, ein Uebereinanderschieben der conträren Zustandsbilder der Melancholie und Manie in den mannigfachsten Variationen zu beobachten, wobei sich ein ausgesprochen paranoisches Zustandsbild zeige. Auch die Vorgeschichte der Paranoischen, wenn sie sorgfältig erhoben ist, weise im Anfang des Leidens nur Stimmungsanomalien auf.

Die practische Bedeutung der Lehre von der affectiven Grundlage speciell der chronischen Paranoia trete beispielsweise in der forensen Psychiatrie zu Tage: denn eigentlich müssten nach der jetzigen Lehre consequenterweise Paranoiker wegen strafbarer Handlungen, die zu den Wahnideen nicht in Beziehung stehen, verurtheilt werden. Sinn habe aber die Freisprechung aus § 51 St. G. B. erst dann, wenn man nachweise, dass der Effect einer Gemüthsstörung vorliege, aus der heraus sowohl Wahnidee wie exzessive psychomotorische Reaction ihre gemeinsame Erklärung finden.

Wir möchten nur wünschen, dass des Verfassers sehr empfehlenswerthe Arbeit auch dazu beitragen möchte, die Paranoia des althergebrachten Attributs einer „Krankheit der Vorstellungen“ oder des „Verstandes“ zu entkleiden; es erscheint uns thatsächlich die Bezeichnung „Verstandesirresein“ längst obsolet geworden.

Es seien dem Ref. einige Bemerkungen zu obiger Arbeit Spechts gestattet: 1. Was die practische Bedeutung der Lehre von der Gefühlsgrundlage der Paranoia anlangt, so wird sie sich ja vereinzelt auf forensem Gebiet zeigen, aber m. E. noch mehr auf therapeutischem eine Wandlung herbeiführen. Mit der Lehre vom „Verstandesirresein“, von den uncorrigirbaren primären Wahnideen steht und fällt die Ansicht, dass ein solcher Kranker nicht mehr Gegenstand der Behandlung — psychischen oder physikalischen —, sondern nur noch Verpflegungs- und Bewahrungsobject der Anstalt sein kann, die sich bald darauf beschränken muss, seine mehr minder erhaltene Leistungsfähigkeit in zweckmässiger Weise für sich zu verwerthen. Insofern ist diese Ansicht richtig, als die Wahnideen keinen therapeutischen Anhaltspunkt bieten. Anders das Gefühlsleben, dessen directe Abhängigkeit, ja man kann biologisch sagen: Identität mit körperlichen Prozessen, die — fortgesetzte, nicht bloss auf eine Reihe von Monaten sich erstreckende — Anwendung aller derjenigen Massnahmen gebietet, welche auf dem rein somatischen Gebiete der Heilkunde erprobt sind. Freilich werden Erfolge so lange nicht erwartet werden können, als die Paranoiker erst im Stadium der Unheilbarkeit, d. h. wenn der Affect bereits zur Wahnbildung geführt hat, Heilung suchen, wie es ja wohl meist der Fall ist und bleiben wird.

2. Der Verf. bezeichnet als den für Paranoia hauptsächlich, gewissermaassen paradigmatisch in Betracht kommenden Affect das Misstrauen — einen Mischaffect, wie er sagt, der vom Lust- und Unlustgefühl je etwas enthält. Ist denn aber Misstrauen überhaupt ein Affect, ein Gefühl? Das Gefühl ist etwas Intransitives, nichts Projicirendes und nichts Projicirtes, nichts Analysirendes, sondern etwas Synthetisches; im Begriff des Misstrauens liegt eine Handlung, die selbst erst auf einer Empfindung oder einem Gefühl — seien sie durch eine normale oder eine krankhafte Erregung und Reiz verursacht — beruht; also etwas ganz anderes als ein Gefühl. Thatsächlich steht nun aber bei der Paranoia das Misstrauen im Vordergrund; auf welchem Gefühl beruht es? Das auf äussere Verhältnisse bezogene Misstrauen eines normalen Menschen hat das Bestehen oder wenigstens die Annahme einer Unsicherheit zur Voraussetzung. Dem krankhaften Misstrauen muss eine Störung zu Grunde liegen, welche die gleiche Qualität der Unsicherheit hat. Was unterrichtet uns im normalen Zustande über unser seelisches Wohl und Wehe? die Gefühle, das Lust- und Unlustgefühl; selbst die gemischten Gefühle, die Mischaffecte thun dies in genügend eindeutiger Weise. Die krankhafte Störung des Paranoikers aber ist eine derartige, dass er durch seine Gefühle nicht in unzweideutiger Weise über Wohl und Wehe seines Ichs unterrichtet wird, daher die Unsicherheit, daher erst das Misstrauen.*). Ich bezeichnete das Gefühl als

*) Daher das meist fehlende, oder wenn vorhanden, unrichtige Krankheitsgefühl der Paranoischen. —

Das Gefühl, welches allein über das Herannahen eines Gehirnleidens und die Krankheit des Gehirns den Kranken selbst richtig orientirt, kann kein anderes sein als dasjenige, welches uns über ein sonstiges körperliches Leiden unterrichtet: das Unlustgefühl. Die Depressionsgefühle sind daher bei allen Psychosen vorhanden, wenigstens im Anfang, und sind wahre, adäquate Gefühle. Während es ja nun selbstverständlich ist, dass, in Abweichung von diesem Gesetz, die heiteren Gefühle der Manie falsche inadäquate sind, so begegnen wir gleichwohl noch häufig der irrthümlichen Auffassung, dass die Melancholie und Manie als „gegensätzliche Krankheitsbilder“ bezeichnet werden wegen ihrer äusserlichen Gegensätzlichkeit, oder dass die im Verlauf der Manie auftretenden depressiven Zustände als zu den Lustgefühlen gegensätzliche, secundäre betrachtet werden, während sie doch eigentlich die primären, wahren Gefühle des Kranken und des Krankseins darstellen. Der Manie liegt ein anderer Prozess zu Grunde als der Melancholie, nicht aber ein gegensätzlicher, etwa weil gegensätzliche Gefühle, dort Lust- hier Unlustgefühle vorhanden sind. Der Manische hat im Anfang seines Leidens die Gefühle des Krank-



hervorgegangen aus der Irradiation spezifischer Nervenerregungen auf nicht-spezifische Elemente,*) aus der Umwandlung spezifischer Energie in nicht-spezifische, allgemeine, womit aber nicht gesagt sein soll, dass erstere die alleinige Quelle der letzteren, die vielmehr primär und ursprünglich vorhanden, von jener nur gespeist wird; in der Disharmonie zwischen spezifischer Nervenerregung und zwischen allgemeiner (Gefühl) ist beim Paranoiker die Disposition dafür geschaffen, dass das durch den Krankheitsprocess der Ganglienzellen verursachte Unlust- oder Lustgefühl dem Pat. nicht in adäquater Weise zu Bewusstsein kommt, weil es sich nicht in gesetzmässiger Weise im Nervensystem reflectirt. Er schwankt steuerlos zwischen den verschiedensten Gefühlen hin und her („Interferenz der Gefühle").

Mit diesem Versuch einer Erklärung des Misstrauens beim Paranoiker sollte die Meinung Specht's nicht nur nicht widerlegt, sondern vielmehr befestigt werden. Durch die Auffassung von der affectiven Entstehung des Misstrauens und schliesslich der Wahnideen bei der Paranoia wird der „Geisteskranke" wieder zum „Gemüthskranken". Bresler.

seins, d. h. Unlustgefühle; mit dem oft plötzlichen Eintritt der Lustgefühle wird das wichtige Gesetz durchbrochen, dass unsere Gefühle uns über Wohl und Wehe orientieren und darin liegt ein Haupt-Unterschied von der Melancholie, bei der diese Durchbrechung nur ausnahmsweise vorkommmt. Aber das ist, wie gesagt, kein Gegensatz etwa in dem Sinne, dass Melancholie und Manie bezw. die Gefühle bei beiden sich als gleichwerthig, nur mit verschiedenen Vorzeichen + und — einander gegenüberständen. Die vorstehende Unterscheidung der Gefühle trifft auch für Paranoia zu. — Obiger Vorgang wiederholt sich unendlich oft beim Alcoholismus: krankhafter Zustand, — Weiterbestehen bei oder Verschlimmerung durch Alcoholgenuss, — scheinbare Besserung, vorgetäuscht durch das künstliche, also falsche inadäquate Lustgefühl.

*) Psychiatr. Wochenschr. II. Jahrg. S. 414.

Mittheilungen.

— Der Verein zur Unterstützung geheilter Geisteskranken in **Budapest** hielt am 29. Juni d. Js. seine ordentliche Jahres-Generalversammlung ab. Da der Präsident Geheimrath Graf Géza Teleki am Erscheinen verhindert war, führte der Präsident-Stellvertreter Kurialrichter Székács den Vorsitz. Der vom Vereinssekretär verfasste Jahresbericht wurde einhellig angenommen. Der Vereinskassierer Dr. Jármay legt die von den Rechnungsrevisoren beglaubigten Jahresrechnungen, die Bilanz und das Präliminare vor, welche einstimmig gutgeheissen wurden. Sodann folgten die Wahlen. Es wurden einstimmig gewählt: zu ordentlichen Direktions-Ausschuss-Mitgliedern die Herren: kön. Tafelrichter Czárán, kön. Rath Ritter v. Falk, kön. Tafelrichter Gajzágó, Professor Dr. Moravcsik, der Direktor der Engelsfelder Irrenanstalt Dr. Oláh, Sektionsrath Reiss, Primarius an der Leopoldifelder Irrenanstalt Dr. Salgó, Oberstaatsanwalt-Stellvertreter Dr. Traiber und Dr. Brachfeld. Die Ersatz-Ausschussmitglieder und Rechnungsrevisoren wurden wiedergewählt. Der Vorsitzende meldet, dass ein Antrag der Funktionäre des Ungarischen Landes-Anti-Alkoholisten-Vereins Dr. Stein und Thewrewk vorliege, wonach der Verein zur Unterstützung geheilter Geisteskranken sich mit dem früher erwähnten Verein zu dem Zwecke verbinde, damit die gesund entlassenen Alkoholisten die ihnen zugedachte materielle Unterstützung künftighin im Wege des Anti-Alkoholisten-Vereins erhalten, der hinwieder dem Verein zur Unterstützung geheilter Geisteskranken die verausgabten Summen verrechnen werde. Ueber diesen Antrag entspann sich eine animirte Debatte, an welcher sich ausser dem Vorsitzenden und dem Antragsteller Dr. Stein die Herren Dr. Oláh, Dr. Salgó, Dr. Gruber u. m. A. betheiligten. Die Generalversammlung nahm den Antrag im Prinzip an: die nächste Ausschusssitzung wird sich mit den Details des Antrages zu beschäftigen haben.

Referate.

— „Ueber den Alkohol" von Dr. Hermann Meyer (St. Petersburg. med. Wochenschrift 1901).

Die Mässigkeitsbewegung hat in den russischen Ostseeprovinzen zum Theil beeinflusst durch das Beispiel Finnlands schon seit Jahren feste Wurzeln gefasst. Dieser Bewegung hat die Einführung des Branntweinschankmonopols seitens der russischen Regierung einen neuen Anstoss gegeben. Der Verf. hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, indem er in diesem im ärztlichen Verein zu Falsen (Kurland) gehaltenen Vortrag den jetzigen Standpunkt der medicinisch-wissenschaftlichen Forschungen über den Alkohol in übersichtlicher Form den Collegen darlegte, diese an die Pflicht des Arztes zu erinnern, in erster Linie durch Wort, That und Beispiel dem Missbrauch des Alkohols entgegen zu wirken. „Die Aerzte dürfen unweigerlich der Mässigkeitsbewegung gegenüber nicht lau bleiben; es steht auch zu hoffen, dass der nächste livländische Aerztetag die Alkoholfrage aufrollen wird." Der Verf. hofft „dass sich dann in breitem Strome die Bewegung gegen den Alkohol über Stadt und Land ausbreiten und die Hand der Aerzte in erster Reihe das Panier hoch halten möge, unter dem gegen den Volksfeind und Culturgegner, den Alkohol, gekämpft wird." — H. Dehio (Bernburg).

— Sepilli: L'alcoolismo come causa della paralisi generale. Annal. di neurologia, anno XIX, fasc. II.

Wie Funajoli, der in 32 (11%) von 290 Fällen progressiver Paralyse Alcoholismus als einzige Krankheitsursache feststellen konnte, hat S. unter 102 Paralytikern in 16 (15%) Fällen Alcoholmissbrauch als alleinige Ursache für die Entstehung der Dem. paralytica nachweisen können.

Diese 16 Fälle werden kurz skizzirt angegeben. Das Lebensalter schwankte zwischen 35 und 55 Jahren; 13 waren Männer, 3 Frauen, einer entstammte der



Landbevölkerung, 7 Fälle gehörten der expansiven Form mit typischen Grössenwahnideen an, die in Schwachsinn übergeht, ein Fall der depressiven Form mit hypochondrischen Wahnideen, 8 Fälle der dementen Form. Eifersuchtswahn hat er nur in einem Falle und Sinnestäuschungen selten bemerkt, ebenso allgemeinen tremor nur in wenigen Fällen, dagegen tremor der Muskeln der Zunge und des Gesichts allein häufig. Die übrigen Krankheitserscheinungen glichen vollständig denen der Paralyse, desgleichen boten die Befunde der Sectionen keinen Unterschied.

Der Verlauf war progressiv, ohne Remisionen, die Dauer betrug 2—5 Jahre.

S. kommt deshalb zu dem Schluss, dass der Alcoholismus zu den Ursachen zählt, die allein die progressive Paralyse auslösen können und dass nichts dazu berechtigt, die alkolische Pseudoparalyse als eine Krankheitsform für sich anzusehen, dagegen giebt er zu, dass der Alcoholismus einen Complex von Krankheitserscheinungen hervorrufen kann, der an Paralyse erinnert, der aber bei Abstinenz wieder verschwindet.

Braune, Schwetz a. W.

— Bourneville, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte-rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1899.

Dieser dicke Jahresbericht zerfällt in zwei Theile. Der erste handelt von der Erziehung oben genannter Individuen, wobei zahlreiche Illustrationen die pädagogische Methode veranschaulichen. Dazu die Statistik. Der zweite Theil bringt klinisches, therapeutisches und pathologisch-anatomisches mit zahlreichen Tafeln. Am 1. I. 99 betrug die Zahl der Kinder in Bicêtre 462, am 31. XII. 99 war sie auf 449 gesunken. 28 Kinder waren gestorben, entlassen worden waren 79, davon 28 geheilt oder gebessert nach Hause. Von Infektionskrankheiten sind zu erwähnen 1 Fall von Typhus, 1 Fall von Scharlach und 15 Masernfälle. Viele der Aufgenommenen litten an Kopfgrind. In der Tochteranstalt Vallée betrug die Zahl der Kinder am Anfang und Schluss des Jahres 189 und 199. Es kamen vor 10 Fälle von Typhus, dazu die Erkrankung eines Pflegers. 3 Kranke starben. Ferner eine Parotitisepidemie bei 29 Kindern und 2 Pflegern und 1 Fall von Gesichtserysipel. Es starben im ganzen 19 Kinder, entlassen worden waren 21.

Der klinische Theil bringt ausführliche Krankengeschichten über 2 Fälle von Hysterie bei Knaben, über 2 Fälle von Imbecillität mit herdförmiger Sklerose des Gehirns, über einen Fall von Jugendirresein, von Hydrocephalie und die hereditären Verhältnisse der Familie eines Epileptikers. Bourneville beklagt sich, dass diese Krankengeschichten in der Literatur nicht die gebührende Berücksichtigung fänden. Vom therapeutischen Gesichtspunkt aus interessant ist die Behandlung der Epilepsie mit Eosin und Sedum acre. Die Dosis des Eosins schwankte zwischen 2 und 3 gr. Es bewirkt Röthe und Anschwellung von Gesicht und Händen, dazu noch allerlei trophische Störungen, wie Nägelabschilferung. Seine therapeutische Nebenwirkung scheint nicht weit her zu sein. Es schien manchmal die Schwindelanfälle zu vermindern. Schlimmer ist's noch mit dem Sedum acre; denn trotz seiner Anwendung nahmen die Anfälle zu, so dass es ausgesetzt werden musste.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass B. bei Sektionen immer auch auf das Vorhandensein der Thymus achtet. Er glaubt bis jetzt gefunden zu haben, dass sie bei anormalen Kindern rascher verschwinde als bei normalen.

Ganter.

Bibliographie*) über Kriminal-Anthropologie u. Verwandtes zusammengestellt von Medizinalrath Dr. O. Näcke-Hubertusburg, (2. Quartal 1901).

Lutard: Peut-on violer une femme pendant l'anésthesie? Revue de psychiatrie 1901, p. 76.

Marcovici: des aliénés criminels. (178 p.) thèse. Paris.

Stahly: Maffia und Monarchie in Italien, Berlin, Edelheim, M. 1.

Angiolella: Alterazioni gastro-intestinali in due alienati. Nota anatomica. Riv. mensile di psich. for. etc. 1900, p. 33.

Penta: Contributo clinico e medico-legale allo studio delle psicosi da trauma. Fortsetzung. Ibidem, p. 40.

Schbankow: Die Leibesstrafe in Russland im XX. Jahrh. Wratsch 1901, Nr. 4.

Marro: Giudizio peritale sullo stato psichico del Sig. T. Pietro, reo di oscenita. Annali di freniatria etc. 1901. p. 75.

Couvée en Wertheim Salomonson: Een geva van Homosexualität. Psychiatrische en neurologische Bladen, 1901, p. 7.

Behringer: Die Gefängnissschule. Ein Ueberblick über die geschichtliche Entwickelung, den heutigen Stand u. die Bedeutung des Schul- u. Bildungswesens in Strafanstalten. Leipzig, Hirschfeld, 1901 132 S.

Zuccarelli: Istituzioni di antropologia criminale. 3° lezione. 1901, febbrajo.

Zuccarelli: Epilettici delinquenti e giustizia vera. 1901. Estratto della Pratica del Medico, 1901, No. 7.

Chlumsky: Diebstahl bei Schwachsinn u. Epilepsie. Zeitschr. für Mediz.-Beamte 1901, Nr. 6.

Baer: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig. Thieme, 1901, 84 Seiten.

Sanna Salaris: Una centuria di delinquenti sardi. (Schluss). Archivio di psich. etc. 1901, p. 189.

Aly-Belfadel: Gergo dei seggiolai di Rivamonte (Belluno). Ibidem, p. 194.

Puglia: Criminalità collettiva. Ibidem, p. 229.

Ferrero: La cristallizzazione nel dizitto. Ibidem p. 246.

Favaro: Cenni antropologici dei crani di Santorio de' Santorii, Stefano Gallini, Bartolomeo Signorini, Giacomo Andrea Giacomini e Carlo Conti. Ibidem, p. 250

Frasselto: Cenni preliminari sul nuovo carattere creditario (prevalenza del secondo dito sull' alluce) nel piede dei criminali. Ibidem, p. 257.

*) Es wird gebeten, Separatabzüge schwer zugänglicher Arbeiten an Dr. Näcke einzusenden.



Mariani: Appunti per uno studio sulla picosi del genio in Tolstoi. Ibidem, p. 260.

Treves: Di una singolare ipertermia ad altre stimmate degenerative in caso di epilessia e pazzia morale. Ibidem, p. 266.

Barberis: Ferritore epilettico. Ibidem, p. 270.

Carrara: L'antropologia criminale nei suoi rapporti colla Medicina legale. Torino 1901. Ref. Ibidem, p. 279.

Bridgwater: The defence of prisoners. London, the Romilly Society, 1901.

Venturi: Le pazzie dell' uomo sociale. Palermo, 1901.

Giuffrida-Fueggeri: Sul significato delle ossa fontanellari e dei forami parietali e sulla pretesa penuria ossea del cranio umano. Atti della Societa Romana di Antropologia, vol. VII, fsc. III.

Haushofer: Das Verbrechen und die Gesellschaft. Die Woche, 1901. Nr. 19.

Ilberg: Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie. Zeitschr. für die gesammte Strafrechtswissenschaft, 21. Bd. 1901.

Zolla: Die Beziehungen der Rachenmandelvergrösserung zur Gaumen-, Schädel-, Obergesichts- und Nasenbildung. In.-Diss., Breslau, 1901.

Perries: Travail et inspection générale en prison. Archives d'anthrop. crim. etc. 1901, p. 229.

Rouby: Histoire d'une petite fille assassin. Ibidem, p. 270.

Lacassagne: De la dépopulation. Ibidem, p. 282.

Laurent: La prostitution dans l'Inde. Ibidem, p. 298.

Näcke, Hubertusburg: Note sur la castration prophylactique. Ibidem, p. 303.

Macassagne: Documents sur le tatouage. (Einige Notizen). Ibidem, p. 304.

Layet: Documents d'anthropologie criminelle. Nach Ref. Ibidem, p. 306.

v. Krafft-Ebing: Neue Studien auf dem Gebiete der Homosexualität. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, 3. Jahrg., Leipzig, Spohr. 1901.

Hirschfeld: Sind sexuelle Zwischenstufen zur Ehe geeignet? Ibidem, p. 37.

Karsch: Uranismus und Tribadie bei den Naturvölkern. Ibidem, p. 72.

Hausen: H. C. Andersen. Beweis seiner Homosexualität. Ibidem, p. 203.

v. Scheffler: Elagabal. Charakterstudie aus der römischen Kaiserzeit. Ibidem, p. 231.

Prätorius: Oskar Wilde. Ein Bericht. Ibid., p. 265.

Prätorius: Die Bibliographie der Homosexualität für das Jahr 1900. Ibid., p. 326.

Havelock Ellis: A study of British Genies. V. Childhood and youth. The popular science monthly.

De Blasio: La responsabilita civile degli infermo di mente. Rivista mensile di psichiatria forense, antropologia criminale etc. nun. 3—4, p. 65.

Penta: Un caso di antropofagia. Ibidem, p. 81.

di Cesare: Taluni assionie interno alla pena di morte. Pagine obliate. Ibidem, p. 83.

Gross: Ueber die Aufgaben des Untersuchungsrichters. Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 6. Bd., 3. u. 4. H., p. 221.

Schwabe: Ein Raubmörder. Ibidem, p. 231.

Lohsing: Zur Kriminalpsychologie der Gemüthsdepression. Ibidem, p. 255.

Näcke: Drei kriminalanthropologische Themen: 1. Gehört die Kriminalanthropologie mehr zur Anthropologie oder zur forensen Psychiatrie? 2. Giebt es z. Z. praktische Mittel und Wege, um Intellekt, Affektsphäre und Moral zu messen? und 3. Welches ist die beste Art der Unterbringung geisteskranker Verbrecher? Ibidem, p. 261.

Nemanitsch: Ein fataler Indicienbeweis. Ibidem, p. 272.

Göbel: Rekognition durch Zeugen. Ibidem, p. 297.

Selewer: Selbsttäuschung eines Verletzten über den Zeitpunkt einer erlittenen schweren Verwundung und die Person des Thäters. Ibidem, p. 300.

Lehmann: Die Kriminal-Polizei im Dienste der Strafrechtspflege. Ibidem, p. 302.

Nassel: Einige interessante Fälle. Ibidem, p. 312.

Martin: Leibzeichen. Ibidem, p. 321.

Ernst: Die Entartung der modernen Völker. Die Woche, No. 22, 1901.

van der Hagen: Een ongewon psychiatrisch-forensisch geval. Psychiatrische en Neurologische Bladen, 1901, No. 2.

Baer: Epilepsy and crime. Journal of Mental Science, April 1901.

Wiglesworth: Case of murder, the result of pure homicidal impulse. Ibidem.

Colin: Les récidivistes doivent-ils être soumis à un régime disciplinaire plus sévère que les condamnés qui subissent une première peine et en quoi cette aggravation de régime doit-elle consister? Revue de psychiatrie 1901, mai 4.

Dom: Neue Kriminal-Bibliothek, Berlin.

Kluge: Rothwelsch. Strassburg 1901.

v. Schlichtegroll: Sacher-Masoch und der Masochismus. Dresden 1901.

Wachenfeld: Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig, Dieterichs. 1901.

Preston: Insane or criminal. American Journal of Insanity, April 1901.

Drew: Signe of Degeneracy and Types of the criminal Insane. Ibidem.

Fritsch: Ueber die forensische Bedeutung des Alkoholismus. Wiener klin. Rundschau, No. 21.

Sander: Zur Entstehung des Selbstmords. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1901, No. 9.

de Quirós y Claras Aguilaniedo: La mala vida en Madrid. 1901, 363 Seiten.

Raecke: Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1901, p. 409.

Rüdin: Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen. Ibidem, p. 447.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 17. 20. Juli **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber die Vornahme von Leichenöffnungen in den Krankenhäusern, insbesondere in den Irrenanstalten.

Durch neuere Vorkommnisse ist die Aufmerksamkeit weiterer Kreise, namentlich der Verwaltungsbehörden auf die Frage gelenkt, unter welchen Voraussetzungen die Aerzte einer Krankenanstalt berechtigt sind, die Leichen der bei ihnen verstorbenen Patienten zu öffnen. Da diese auch die Irrenanstalten in hohem Maasse interessirende Angelegenheit u. W. bisher keine nähere Beleuchtung erfahren hat, so wird es willkommen sein, hierüber eine bestimmte Meinungsäusserung zu vernehmen. Wir sind gefasst darauf und würden uns darüber freuen, Widerspruch hervorzurufen, hoffen aber durch die gegebene Anregung eine Klärung dieser schwierigen Materie anzubahnen.

Von entscheidender Bedeutung ist zunächst die Rechtsfrage: Wer ist berechtigt, über eine Leiche zu verfügen?

Nach der vorherrschenden Ansicht soll eine Leiche in Niemandes Eigenthum stehen können, da sie juristisch nicht als „Sache" zu betrachten sei, sondern „extra commercium" sich befinde. Das frühere Preussische, wie das jetzige Deutsche Strafgesetzbuch kennen deshalb auch keinen „Diebstahl" (§ 242 St. G. B.) an einer Leiche. Das St. G. B. spricht dagegen in den §§ 168 und 367 Nr. 1. von der unbefugten Wegnahme einer Leiche aus dem „Gewahrsam der dazu berechtigten Person". Als „berechtigt zum Gewahrsam", (im Sinne einer thatsächlichen Obhut, eines Aufsichts- und Bewachungsverhältnisses verstanden) können die verschiedensten Personen in Betracht kommen; so die nächsten zur Bestattung verpflichteten Angehörigen, die Verwaltung des Krankenhauses, in welchem die Person verstorben ist, unter Umständen die Polizei-Verwaltung, wenn sie z. B. im Untersuchungsinteresse einen Leichnam in Gewahrsam nimmt. Bei einer bestatteten Leiche ist im Allgemeinen der Eigenthümer des Begräbnissplatzes zum Gewahrsam berechtigt. (Olshausen zu § 168 St. G. B. Anm. 4).

Nach einer anderen Ansicht soll die menschliche Leiche eine Sache, wie jeder andere Körper mit Ausnahme des lebenden Menschen sein und deshalb das eigenmächtige Seciren seitens des Arztes den Thatbestand des § 303 St. G. B. (Sachbeschädigung) darstellen. Diese neuerdings in einem Artikel der Deutschen Juristen-Zeitung (Nr. 11 S. 256) vertretene, etwas radikale Meinung scheint uns mit dem juristischen Grundbegriff der Sache, als eines Gegenstandes des rechtlichen Verkehrs unter Privatpersonen, ebensowenig wie mit dem Willen des Gesetzgebers, (vergl. insbes.



die Materialien des Preuss. Straf-Gesetzbuchs) vereinbar, obwohl wir das von dem Herrn Verfasser angefochtene freisprechende Urtheil des Landgerichts in dem Falle der Rostocker Frauenklinik — wo Aerzte trotz des ausdrücklichsten Wunsches der Todten und des Ehemannes die Sektion vorgenommen haben sollen — mangels näherer Kenntniss nicht zu vertreten in der Lage sind.

Wenn hiernach der ersteren Rechtsauffassung im Allgemeinen beizupflichten ist, so kann sie doch nicht schlechthin gebilligt werden. In gewissen Ausnahmefällen können Leichen zweifellos Gegenstand des Handels und Verkehrs werden z. B. Mumien und frische Leichen, welche zu anatomischen Zwecken verkauft werden. Alsdann kann man mit vollem Rechte von dem Eigenthümer einer solchen Leiche reden.

Unanfechtbar dürfte ferner eine letztwillige Verfügung sein, durch welche jemand seinen Leichnam, wie eine zu seiner Erbschaft gehörige Sache, einem Institut zu wissenschaftlichen Zwecken vermacht.

Doch dies sind, wie gesagt, Ausnahmefälle, die, wenn sie vorliegen, selbstverständlich von dem Krankenhaus-Vorstande, oder demjenigen, welcher sonst die Leiche in „Gewahrsam" hat, berücksichtigt werden müssen. Im Allgemeinen bleibt für uns der Satz als maassgebend bestehen, dass zunächst derjenige über eine Leiche zu verfügen hat, welcher sie berechtigter Weise in seinem Gewahrsam hat. —

In dieser günstigen Lage befinden sich nun die Vorstände der uns hier in erster Linie interessirenden Krankenhäuser und Irrenanstalten. Es fragt sich für sie nur, ob im einzelnen Falle ein Dritter vorhanden ist, dessen Anrecht auf Einräumung des Gewahrsams an der Leiche stärker ist, als das eigene, mehr thatsächliche Gewalt- und Obhutsverhältniss.

Hier würde zunächst, wie erwähnt, ein eigentlicher Eigenthümer in Betracht kommen, welchem unbedingt zu weichen ist, — ein Fall, der jedoch in den meisten Krankenhäusern noch nicht vorgekommen sein wird. In den grossen Hospitälern und Irrenanstalten haben wir es im Wesentlichen mit zwei Klassen von Patienten zu thun: Mit solchen, die aus öffentlichen Armenmitteln unterhalten werden, mithin im Sinne des Armenrechts „hülfsbedürftig" sind und mit solchen, die auf eigene Kosten oder für Rechnung Unterhaltungspflichtiger verpflegt werden.

Hinsichtlich der von den Armenverbänden überwiesenen Personen, denen hierin auch die auf Staatskosten detinirten Gefangenen gleichzustellen sind, hat die Beerdigung in der Regel aus öffentlichen Mitteln zu erfolgen. Es fragt sich, ob hier die „Angehörigen" im engeren oder weiteren Sinne einen Rechtsanspruch darauf haben, über die Frage der Vornahme einer Sektion gehört zu werden oder mit Erfolg einen Einspruch gegen letztere erheben können? Wir sagen: Nein. Diese Antwort ergiebt sich aus den obigen rechtlichen Darlegungen. Die Leiche ist an sich extra commercium, kein Vermögensobjekt und ist der Verfügung der Angehörigen, wenn sie die Beerdigung nicht besorgen, entzogen; es fehlt letzteren an einer rechtlichen Handhabe, um ihren event. Widerspruch gegenüber dem „Inhaber" der Leiche geltend zu machen.

Es ist wichtig, zu dieser rein rechtlichen Seite der Frage Stellung zu nehmen, weil die weitaus meisten Sektionen thatsächlich an solchen Leichen vorgenommen werden, die auf öffentliche Kosten zu beerdigen sind. Hier muss sich der Anstaltsvorstand darüber klar sein, dass er im Falle eines nachträglichen Streites das Recht auf seiner Seite hat. Ganz unberührt bleibt hierdurch die Frage, ob nicht freiwillig den etwa s. Z. von dem Patienten selbst oder dessen Anverwandten ausgesprochenen Wünschen auf Unterlassung der Sektion, ebenso wie auf Berücksichtigung konfessioneller Gebräuche p. p. pietätvolle Anerkennung zu gewähren ist. Jeder vernünftige Arzt wird sich dem nicht verschliessen.

Anders beantworten wir die Frage bei denjenigen Verstorbenen, deren Beerdigung von den Angehörigen besorgt wird. Sie können beanspruchen, dass ihnen die Leiche alsbald nach Feststellung des Todes, so wie sie ist, in ihren Gewahrsam ausgeliefert wird. Ein Recht der Anstalt, in diesen Fällen vorher eine Sektion vorzunehmen, wird sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen schwerlich ableiten lassen. Es würde also hier, streng genommen, jedesmal die vorherige Zustimmung der Berechtigten eingeholt werden müssen.

Es bedarf indess keines näheren Nachweises dafür, dass auf diesem Wege eine schwere Schädigung der medizinischen Forschung und Wissenschaft erzielt werden würde, welche ein dringendes Interesse daran hat, dass namentlich in den Irrenanstalten wo möglich jeder Todesfall zur Sicherstellung der Diagnose und Aufdeckung der Erkrankungsheerde von der Sektion begleitet ist.

Zur Erreichung dieses Zieles bietet sich auch ein verhältnissmässig einfaches und u. E. einwandfreies Mittel, welches z. B. von einer grösseren Provinzial-Verwaltung für ihre Irrenanstalten mit Erfolg ange-



wandt worden ist und sich allgemein zur Nachahmung empfehlen dürfte: Die Angehörigen oder sonstigen Zahlungsverpflichteten haben bei der Aufnahme durch schriftlichen Revers die Bestimmungen der Anstalts-Reglements und Instruktionen als für sich und den Kranken verbindlich anzuerkennen; in diesen Bestimmungen ist aber den ärztlichen Direktoren die Vornahme der Sektionen im Allgemeinen dann zur Pflicht gemacht, wenn nicht die Angehörigen p. p. auf die Todesnachricht hin, die in geeigneten Fällen telegraphisch erfolgt, die Unterlassung ausdrücklich verlangen.

Ganz neuerdings hat der Magistrat der Stadt Berlin aus Anlass des Eingangs erwähnten Vorfalles folgende Vorschriften zur Regelung der Frage erlassen:

§ 1. In allen Fällen, in welchen ein wissenschaftliches Interesse vorliegt oder es sich um die Sicherstellung der Diagnose handelt, kann die Sektion vorgenommen werden, wenn innerhalb 24 Stunden nach dem Ableben der Kranken von den berechtigten Angehörigen (Eltern, Ehegatten, Vormündern, bestimmungsfähigen Kindern) nicht Widerspruch erhoben ist.

§ 2. Ausnahmsweise kann auch schon vor Ablauf von 24 Stunden die Leichenöffnung erfolgen, wenn ein öffentliches sanitäres Interesse (Cholera, Pest u. s. w.) vorliegt, oder die Befürchtung vorhanden ist, dass durch längeres Zuwarten Zersetzungserscheinungen eintreten, welche die durch die Krankheit veranlassten Veränderungen unkenntlich machen.

§ 3. Die Herren Prosektoren sind verpflichtet, bei den Sektionen sich der grössten Schonung der Leichen zu befleissigen und Verstümmelungen zu vermeiden.

Gegen diese Anordnungen wird Wesentliches nicht zu erinnern sein. Wünschenswerther will es uns indess scheinen, für die Irrenanstalten aus dem „kann" ein „muss", aus der fakultativen eine obligatorische Leichenöffnung zu machen; ferner glauben wir nicht fehlzugreifen, wenn wir annehmen, dass in der Praxis sich die Ausnahmen unter Theil 2 zur Regel gestalten werden, da eine Minimalfrist von 24 Stunden für eine grosse Anzahl von Sektionen wenig empfehlenswerth sein wird.

Bemerkenswerth sind die u. W. einzigen staatlichen Vorschriften auf diesem Gebiete, die sich in den Ministerial-Erlassen vom 9. Juni 1889 und vom 10. Dezember 1889 (Min. Bl. d. i. V. S. 133 u. 222) finden und sich auf die Ablieferung von Leichen aus öffentlichen Anstalten an die anatomischen Institute beziehen. Es wird dort hervorgehoben, dass der Mangel an Leichenmaterial wiederholt zu sehr unerfreulichen Störungen des anatomischen Unterrichts bei einzelnen Universitäten geführt habe und dass deshalb im Hinblick auf das grosse öffentliche Interesse, um das es sich hierbei handelt, von sämmtlichen Behörden erwartet werden müsse, dass sie bemüht sein werden, zur Beseitigung dieses Uebelstandes möglichst mitzuwirken. Hinsichtlich der in den Strafanstalten verstorbenen Gefangenen wird bestimmt, dass die Leichen an die anatomischen Institute, sofern diese darauf antragen, abgeliefert werden sollen; ausgeschlossen sind nur die Leichen solcher Sträflinge, deren Verwandte der Ablieferung widersprechen und die Beerdigung der Leiche auf ihre Kosten übernehmen. Zu diesem Zwecke soll den Angehörigen „zur eventuellen Erhebung des Widerspruchs" Kenntniss gegeben und die Ablieferung an die Anatomie erst 24 Stunden nach dem Eintritt des Todes bewirkt werden; von der Ablieferung sollen ferner ausgeschlossen sein die Leichen derjenigen Sträflinge, denen während ihrer letzten Krankheit zur Beseitigung grosser innerer Unruhe, auf ausdrückliches und aus eigenem Antriebe gestelltes Begehren die Nichtablieferung an eine anatomische Anstalt zugesichert worden ist oder hinsichtlich deren „in Rücksicht auf ihre frühere Lebensstellung, ihre Familien oder andere besondere Umstände die Ablieferung nach dem gutachtlichen Ermessen der Behörden unzulässig erscheint." Wegen der Leichen in den „Hospitälern, Leichenhallen und ähnlichen Anstalten" soll „in jedem einzelnen Falle, unter Berücksichtigung der obwaltenden besonderen Umstände, nach dem verständigen Ermessen der betr. Behörden verfahren werden."

Letzteres bekundet ja ein sehr angenehmes Vertrauen zu dem Takt und der Umsicht der Krankenhaus-Vorstände, enthebt sie aber doch nicht der Verantwortung in einer heiklen Frage, die unter Umständen zu recht unliebsamen Erörterungen führen kann und deshalb u. E. besser durch sichere Unterlagen und Vorschriften geregelt werden sollte.

Wir resumiren unsere Auffassung dahin, dass:

1. von den ärztlichen Leitern der Anstalten in der Frage der Leichenöffnung der bei ihnen verstorbenen Kranken zwar jede Rücksicht auf besondere Wünsche und Verhältnisse der Kranken und ihrer Angehörigen genommen werden soll, dass aber
2. namentlich in den Irrenanstalten im Hinblick auf das grosse medizinische und öffentliche Interesse in der Regel alle Leichen, hinsichtlich deren nicht besondere Rücksichten zu nehmen sind, secirt werden sollen und dass dies
3. bei den auf öffentliche Kosten zu Beerdigenden



auch ohne Einholung einer Genehmigung der Angehörigen geschehen kann, während

4. bei den auf eigene Kosten oder für Rechnung von sonstigen Zahlungspflichtigen zu Beerdigenden die Sektion auf Grund eines bei der Aufnahme in der erwähnten Form auszustellenden Reverses erfolgt.

Aus dem Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg.

Ueber Unfallpsychosen.

Nach einem in der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Berlin am 23. April 1901 gehaltenen Vortrag.

Von Dr. *Max Edel*.

(Schluss.)

In einem anderen Fall, in dem aetiologisch ebenfalls ein mässiger Grad von Alcoholismus in Betracht kommt, bekam ein bisher schon nervöser, aber völlig leistungsfähiger 53 j. Briefträger in unmittelbarem Anschluss an einen Unfall durch Umsturz eines Packetwagens, wobei er mit dem Kopf unter die Packete gerieth, eine Steigerung aller nervösen Erscheinungen; wurde gänzlich leistungsunfähig, hypochondrisch verstimmt, deprimirt, machte sich trübe Gedanken und erkrankte seither mehrmals an hallucinatorischen Delirien. Mit der Begründung, dass er infolge eines Betriebsunfalles dauernd dienstunfähig geworden wäre, wurde ihm von der Königlichen Oberpostdirection $66^2/_3$ % seines bisherigen Diensteinkommens als Pensionsgehalt gewährt. Es trat Neigung zur periodischen psychischen Erkrankung hervor. Pat. spürte sofort nach dem Unfall vom 12. August 1899 Schmerzen im linken Ohr und auf der linken Kopfseite und musste wegen Steigerung der Schmerzen nach 4 wöchentlichem Dienst denselben aufgeben. Er ist ohne hereditäre Belastung, hat Lues nicht gehabt, ist verheirathet und hat 1 gesunde Tochter. Die Frau hatte keine Aborte. An Lungenentzündung, Nierenkolik und Rheumatismus sowie offenen Füssen soll er früher gelitten haben. Seit 10 Jahren ist er nervös, hatte bisweilen Zittern der Glieder, Kopfschmerz, sehr leichte Erregbarkeit, vertrug wenig Alcohol und hatte hin und wieder etwas Sausen im Ohr, ohne darauf zu achten. Der Unfall steigerte alle Erscheinungen. Allmählich stellte sich Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr ein. Prof. Jacobsohn soll angeblich am 20. November 1899 ein kleines Blutklümpchen aus dem Ohr entfernt haben. 14 Tage war er bettlägerig, klagte über fortwährendes Kopfreissen und Schwindel, Müdigkeit und Gedächnissschwäche. Vom 15.—25. September 1899 war er in der Königlichen Charité hierselbst wegen hallucinatorischem Deliriums. Seine Stimmung blieb eine deprimirte. Er war hypochondrisch, bildete sich ein, verhungern zu müssen und war ungewöhnlich reizbar. In unserer Anstalt befand er sich im Dezember 1900 wegen hallucinatorischen Deliriums, nachdem er mehrere Wochen vorher wenig gegessen hatte, schlaflos gewesen, Gestalten gesehen und Stimmen gehört hatte. Nachdem er sich gut erholt hatte, ist er jetzt wieder im März dieses Jahres psychisch erkrankt. Er klagte über fortwährenden fürchterlichen linksseitigen Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, äusserste Reizbarkeit, Unruhe, Angst, Zittern, Appetitlosigkeit, war melancholisch, deprimirt, weinte viel, machte sich trübe Gedanken über die Zukunft, grübelte, äusserte Lebensüberdruss und glaubte mit seiner Familie verhungern zu müssen und nie wieder gesund zu werden. Da er begann Figuren an den Tapeten und Gardinen zu sehen, suchte er im April d. J. unsere Anstalt wieder auf, wo sich sein Zustand wieder besserte, es nicht zum völligen Ausbruch des Deliriums kam. Es bestanden Tremor der ausgestreckten Hände, leichter Tremor der Zunge. Die Kniereflexe waren gesteigert. Rechte Pupille grösser als linke. Links schwaches Gehör, Sklerose und Einziehung des Trommelfelles (Dr. Treitel). Leichtes Schwanken und Neigung nach hinten zu fallen bei Augen- und Fussschluss. Kopfschmerz links von Stirn bis zum Genick. Anfälle von aufsteigender Hitze und Schwindel, Appetitlosigkeit, Verstopfung. Inzwischen ist er wieder gebessert nach Hause entlassen.

Ein andrer Patient, ein 43j. nicht hereditär belasteter, früher gesunder und leistungsfähiger Mitfahrer, erkrankte an Alcoholparalyse nach Kopftrauma mit Wundrose. 1893 stürzte er von einem Bierwagen, schlug mit dem Kopf auf eine Bordschwelle auf und erlitt eine Wunde über einem Auge. Er arbeitete noch 14 Tage, vernachlässigte die Wunde, bekam Kopf- und Gesichtswundrose, weshalb er 14 Tage im Krankenhaus Friedrichshain lag und sehr phantasierte. Wegen fortwährender heftiger Kopfschmerzen wurde nach mehreren Wochen in der Kgl. Charité eine Operation in der Stirnhöhlengegend vorgenommen und angeblich Knochensplitter entfernt. Seit dem



Unfall war er meist beschäftigungs- und erwerbsunfähig. Er vertrug seither wenig Alcohol und hielt sich wegen Kopfschmerzen oft in Krankenhäusern und Kliniken auf. Seit 5 Jahren etwa traten Schwindelanfälle auf. Seit 2 Jahren gerieth er ohne genügende Veranlassung in abnorme masslose Wuth und Erregung und griff Frau und Kinder in lebensgefährdender roher Weise thätlich an, äusserte auch mehrmals die Absicht, sich das Leben zu nehmen. Im Mai vorigen Jahres erfolgte seine Aufnahme in unsere Anstalt. Für die Kosten trat eine Unfallberufsgenossenschaft ein. Er befand sich in einem gelähmten Zustand, hatte foetor alcoholicus, zitterte stark, konnte nicht sicher gehen, hatte Schwanken bei geschlossenen Augen und zusammengestellten Füssen, war unorientirt, konnte die einfachsten Fragen nicht beantworten und war sehr vergesslich. Die Kniereflexe konnten nicht ausgelöst werden, die Pupillen waren different und reagirten etwas träge. Er bekam alsbald einen Krampfanfall. Auf der linken Stirnseite hatte er eine 2 cm. lange Operationsnarbe. Pat. klagte über Kopfschmerz und Schwindel beim Bücken. Allmählich erholte er sich, blieb aber urtheilsschwach, uneinsichtig und vergesslich und wurde bei geringstem Anlass heftig erregt. Am 1. Januar d. J. wurde er wieder versuchsweise nach Haus entlassen. Nach kurzem bat die Frau wieder um Aufnahme des Mannes, weil er zu Haus wieder wüthe. Der Invaliditätsgrad des Patienten wurde auf mindestens 75 % geschätzt. Durch das Kopftrauma mit nachfolgender Wundrose sind die Wege dafür geebnet worden, dass der Alcohol seine verheerende Wirkung entfalten konnte, indem die Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen den Alcohol durch die Kopfverletzung herabgemindert wurde. — Bei dem früher gesunden und erwerbsfähigen Manne stellten sich Alcoholintoleranz, Reizbarkeit, Wuthanfälle, Kopfschmerz, Schwindel, Krampfanfall, geistige Schwäche und moralische Depravation neben körperlichen Lähmungserscheinungen ein und bedingten seine fast vollkommne Erwerbsunfähigkeit.

Ich bin mit meinen Fällen zu Ende und möchte die Thatsache hinzufügen, dass unter den Psychosen die posttraumatischen doch recht selten sind. Wir haben bei einer jährlichen Aufnahme von durchschnittlich 325 Kranken in den letzten zwei Jahren im ganzen 19 hierher gehörige Fälle, d. h. ca. $2\frac{1}{2}$ % der Aufnahmen beobachtet. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass gerade in Charlottenburg viele Eisenbahnbeamte wohnen, die ein relativ grosses Contingent für Unfallerkrankungen darbieten.

Was ergiebt sich nun aus meinen Fällen?

Unter den chronischen Psychosen nach Unfällen sind 1. nur wenige Fälle, die sich auf vorher nicht belastetem und durchaus gesundem Boden an einen Unfall unmittelbar anschliessen, sondern meist trat die Psychose bei belasteten Individuen auf, die durch Heredität oder durch erworbene Schädlichkeiten wie Alcoholismus, Lues etc. oder durch beides gleichzeitig disponirt waren.

Es finden sich 2. Fälle, wo ein bereits nervöses oder psychisch erkranktes Individuum durch den Unfall eine unmittelbare Steigerung der Erkrankung und eine Beschleunigung des Verlaufs erlitt. Ich könnte hier auch einen Fall meiner Beobachtung erwähnen, wo ein früher psychisch krank gewesenes Individuum in unmittelbarem Anschluss an einen Unfall wieder in gleicher Weise erkrankt ist.

Wir haben im Anschluss an Unfälle die verschiedensten Formen der Psychose ebenso wie andere Autoren beobachtet. In einigen Fällen spielten Vorstellungen, die an den Unfall anknüpfen, keine offensichtliche Rolle. Die Psychosen unterschieden sich von der gleichartigen Psychose bei Personen, die keinen Unfall erlitten haben, durch nichts als durch die Aetiologie. In einer Reihe von Fällen waren vor dem Manifestwerden der Psychose im Anfang nur die Erscheinungen einer functionellen Neurose durch den Unfall erzeugt worden und es entwickelte sich dann erst später eine ausgesprochene Psychose. In derartigen Fällen konnte wiederholt festgestellt werden, dass unter den Wahnvorstellungeu der Unfall und seine Folgen eine wesentliche Rolle spielten.

Man kann daher wohl annehmen, dass das Zustandekommen der Psychosen durch solche an den Unfall und seine Folgen anknüpfenden Vorstellungen begünstigt werden mag. Auf der anderen Seite hat die durch das Trauma erzeugte Neurose auch insofern eine Bedeutung für die Entstehung der Psychose gehabt, als durch die Neurose Gemüthserregungen infolge von zufälligen Ereignissen in ihrer schädigenden Wirkung vertieft worden sind.

Die Unfälle selbst, welche in Betracht kommen, waren meist Kopfverletzungen, mehrmals auch Erschütterungen des Rückens; hie und da peripherische Verletzungen.

Die Krankheitsbilder haben vorwiegend einen depressiven Character mit hypochondrisch melancholischer Verstimmung. Das häufige Vorkommen von Lebensüberdruss und Selbstmordversuchen hat also hier nichts auffallendes. Relativ häufig scheinen Dämmerzustände zu sein, abgesehn von den bekannten Schwindel-, hysterischen, epileptischen, paralytischen und alcoholischen Krampf- oder apoplectiformen Anfällen. Im Allgemeinen sind die chronischen Psychosen

nach Unfällen degenerativer Art und führen zum Niedergang der geistigen und ethischen Kräfte theils mit theils ohne Lähmungserscheinungen. Wo acute Seelenstörungen wie Paranoia oder hallucinatorische Verwirrtheit, Delirien, Rausch- oder Dämmerzustände im Bilde derselben sich zeigen, scheint der Verlauf zu periodischem Auftreten zu neigen.

In vielen Fällen kommen zwar mehrere aetiologische Momente zur Entwicklung der Geisteskrankheit in Betracht; in einem Theil bildet aber der Unfall mit seinen Folgen einen nicht unwesentlichen Factor zu ihrer Entstehung. Er ist theils als praedisponirendes Moment der Psychose, theils als auslösendes, als agent provocateur derselben anzusehen.

Mittheilungen.

— In der jüngst abgehaltenen Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin, berichtete Schaefer-Lengerich „Ueber öffentliche Trinkeranstalten", indem er, in Erweiterung seines Aufsatzes „Wer soll die künftigen Trinkeranstalten errichten und leiten?" (Heft 1, 1901, der Zeitschrift „Der Alcoholismus") zunächst einen allgemeinen Ueberblick über die vorhandene Trinkerfürsorge in Deutschland gab und für die Nothwendigkeit, öffentliche (bezw. in Preussen Provinzial-*) Trinkeranstalten zu errichten, eintrat.

Schaefer begründete diesen seinen Standpunkt damit, dass die Trunksucht eine Geisteskrankheit sei, mithin die Unterbringung von Trinkern gemäss dem Gesetze vom 11. Juli 1891 ebenso wie die der Geisteskranken, Epileptischen, Idioten, Blinden und Taubstummen, den Kreis- bezw. Landarmenverbänden anheimfalle. Ref. hält es gesetzlich für bedeutungslos, ob ein wegen Trunksucht Entmündigter in einer Irrenanstalt oder in einer Trinkeranstalt untergebracht werde, wenn auch practisch, hinsichtlich des Erfolges unbedingt der Letzteren der Vorzug zu geben sei.

Bei der Entmündigung solle stets ein Arzt als Sachverständiger zugezogen werden, da der Richter unmöglich im Stande sei zu erkennen, ob der § 681 C. P. O. anwendbar d. h. „der zu Entmündigende sich bessern werde!" Denn es handele sich in allen Fällen um eine Krankheit, was der laienhaften Ansicht, die in dem Trunksüchtigen nur einen lasterhaften Menschen sehe, gegenüber nicht genug betont werden könne.

Der § 681 C. P. O., sowie der § 1631 B. G. B. (die Pflicht des Vormunds, den Aufenthalt für sein Mündel zu bestimmen, betreffend) setze aber unbedingt die Errichtung öffentlicher Trinkeranstalten voraus. So sehr Ref. die humanitären Bestrebungen, besonders der evangelischen Geistlichkeit, für die Trinker eine zweckentsprechende Unterkunft zu beschaffen, anerkennen will, so wenig zureichend meint er die vorhandenen Einrichtungen bezeichnen zu sollen.

Nach Schaefers Berechnung würden durchschnittlich zwei anstaltsbedürftige Alcoholisten auf 10000 Einwohner kommen (das würde nebenbei für Deutschland rund 12000 ausmachen); dagegen enthielten die vorhandenen Trinkeranstalten, wovon verschiedene Privatunternehmen zur Aufnahme von Kranken besserer Stände sind, nur 5- bis 600 Plätze, die dem Bedürfniss somit und zwar in qualitativer wie quantitativer Hinsicht durchaus nicht genügten. Da es nun aber an gesetzlichen Bestimmungen fehle, welche sowohl die Errichtung von Trinkeranstalten, als auch ihre Leitung, sowie die ev. zwangsweise Unterbringung von Trunksüchtigen regele, so sei ein diesbezüglicher Erlass auf schnellstem Wege anzustreben. Darin solle die Forderung enthalten sein, dass nur specialwissenschaftlich vorgebildete Aerzte derartige Anstalten leiten dürften.

Nach lebhafter Discussion über die in obigem Sinne ausgeführten und eingebrachten Thesen des Ref., wobei nicht nur die Möglichkeit Trunksucht als Geisteskrankheit der Oeffentlichkeit gegenüber hinzustellen, sondern auch die Berechtigung hierzu angezweifelt und die ganze Frage, ob öffentliche oder Privatanstalten, offene oder geschlossene für Trunksüchtige das richtige sei, eingehend erörtert ward, wurde eine Commission, bestehend aus den Herren Guttstadt, Leppmann und Waldschmidt ernannt, um die betreffenden Thesen durchzuberathen und in der nächsten Sitzung des Vereins darüber Bericht zu erstatten bezw. dieselben in etwaig veränderter Form zur weiteren Beschlussfassung der Gesellschaft zu unterbreiten. Waldschmidt.

— Das Programm der Section für Neurologie und Psychiatrie der vom 22.—28. September d. J. in Hamburg tagenden Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte hat mehrere recht interessante Themata aufzuweisen. Für den weniger bemittelten Fachcollegen wird es freilich schwer halten, an der Versammlung Theil zu nehmen. (Beitrag 15 bezw. 20 Mk., Zimmer 2,50—7,00 Mk.)

— Bei der diesjährigen Conferenz der preussischen Landeshauptmänner, welche am 9. und 10. d. M. in Posen tagte, stand u. A. das Thema: „Schutz für und gegen Geisteskranke" zur Diskussion. Nach längerem Meinungsaustausch behielt die Ansicht die Oberhand, dass **ohne ein Gesetz über das Irrenwesen Durchgreifendes nicht zu erreichen sei.** Dieselbe Meinung hat sich in irrenärztlichen und richterlichen Kreisen Bahn gebrochen und bereits zu einem gemeinsamen Vorgehen derselben behufs Ausarbeitung eines Gesetzentwurfs geführt, dessen Erscheinen in nicht allzuferner Zeit zu erwarten steht. —

*) Red. erlaubt sich, zur Erwägung zu stellen, ob dies nicht besser Staatsanstalten sein würden, da es ja der Staat ist, der die Alcoholsteuern einzieht und Schankconcessionen ertheilt, bezw. die Provinzen für die Trinkerfürsorge vom Staat entsprechend entschädigt würden.



Die Herren Landeshauptmänner besichtigten auch eingehend die Irrenanstalten Owinsk und Dziekanka.

Referate.

— Die Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer socialer Schutz von P. Näcke. Archiv. f. Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik. Bd. 3. Leipzig 1900.

In dieser bedeutsamen und anregenden „sociologischen Studie" führt Verf. folgendes in näherer Begründung aus: Wenn schon degenerierende, hemmende Momente eine Massendegeneration im Allgemeinen verhüten, so bilden doch die zahlreichen krankhaft beanlagten, minderwerthigen, mangelhaft widerstands- und adaptionsfähigen, häufig zugleich vermindert fortpflanzungsfähigen Personen, mit einem Wort die Entarteten und deren mehr minder kranke Nachkommen einen grossen Krebsschaden in unserem Volkskörper. Wie ist eine Herabdrückung der gefährlichsten Degenerationsformen auf ein Minimum möglich und erreichbar? Durch Fortschritt auf hygienisch-socialem Gebiete allein nicht! Schwierig und unzulänglich wäre auch die gesetzliche Festlegung des Eheverbotes, die Einsperrung der Entarteten für die Dauer der Zeugungsfähigkeit, die Einschränkung der Zeugung durch Anwendung anticonceptioneller Mittel. Als einfachster, billigster und wirksamster socialer Schutz käme allein in Frage die Kastration, zunächst und hauptsächlich bei den verbrecherischen Naturen aller Art, bei Imbecillen, Epileptikern, gewissen Geisteskranken, unheilbaren Trinkern. Da es nun beim Weibe leider kein ganz unschädliches und ungefährliches Kastrationsverfahren giebt, so würde man sich im Allgemeinen auf die Männer zu beschränken haben. Bei diesen böte die beiderseitige Vasektomie, d. h. die Ausschneidung eines Stückes des Vas deferens im Verlaufe des Samenstranges ein leichtes, sicheres und durchaus unschädliches Verfahren. Auszuführen wäre diese wohl die Potentia generandi, aber nicht coëundi vernichtende Operation im Allgemeinen nicht vor dem 25. und nicht mehr nach dem 55. Jahre. Die legislatorische Festsetzung dieser prophylaktischen Kastration zur Einschränkung einer Vermehrung der degenerirtesten Elemente müsste der Staat eigentlich als seine Pflicht erachten. Interessant ist der auf Grund authentischen Materials geführte Nachweis, dass in den Vereinigten Staaten von Amerika wiederholt schon eine hierauf bezügliche Bill von Edgar eingebracht, aber gegen nur wenige Stimmen verworfen wurde. Für Europa freilich dürfte ein derartiger Gesetzantrag in absehbarer Zeit kaum zu erwarten sein; das darf aber natürlich nicht hindern, „das theoretisch begründete Postulat aufzustellen, in der Hoffnung, dass, wenn dasselbe immer mehr Eigenthum der Gebildeten wird, endlich auch die Gesetzgebung dereinst sich gezwungen sehen wird, auf die berechtigte Forderung einzugehen."

Derselbe Band des Archivs enthält vom gleichen Vf. noch sehr interessante und beherzigungswerthe Darlegungen über „Richter und Sachverständiger." Vf. fordert insbes. auch auf psychiatrischem Gebiete eine weitgehendere Beachtung und Herbeiziehung der Sachverständigen und legt ausführlich die Principien dar, nach denen in der Rechtspflege auf Seiten der Richter und Sachverständigen gehandelt werden sollte.

Hahn-Hubertusburg.

— Irrenhaus und Bühne. Von A. Grohmann-Zürich. (Zeitschrift für Hypnotismus, Bd. 10, Heft 5.)

In einem kleinen, viel von Arbeitern, aber auch von sogenannten besseren Kreisen besuchten schweizerischen Theater wurden eine Zeit lang, um volle Kasse zu machen, nur zwei Sorten Zugstücke gegeben: solche mit dem Kapitän Dreyfuss als Helden und Irrenhausstücke. Der Verfasser eines dieser Stücke, das sein eigenes Durchbrennen aus einer deutschen Irrenanstalt schildert, trat als der Darsteller seiner eigenen Person auf; mehr kann man wohl nicht gut verlangen. Die Mache war natürlich äusserst plump. Das Stück endete mit einer melodramatisch-patriotisch angehauchten Szene: der gesunde Geisteskranke kniete nieder, dankte dem lieben Gott, dass er ihm geholfen habe, aus den Händen der deutschen Psychiater zu entfliehen und die freie Schweiz zu erreichen und bat ihn, ihn den tit. Behörden würdig erscheinen zu lassen der Erlangung des schweizerischen Bürgerrechts. Das Stück war also nicht nur belehrend, sondern auch patriotisch, das Publikum kam auf seine Kosten und konnte sich mal gründlich aufregen über die Niederträchtigkeit der Irrenärzte, die ein Schlemmerleben wie ein Sultan führen, während die armen Kranken der letzten Klasse hungern und darben müssen. —

Andere aus Deutschland durchgebrannte Querulanten haben schon seit Jahren Rednerbühnen und Reisegeld erhalten, um Vorträge über „ihre Sache" loszulassen. Einer dieser bemitleidenswerthen Freiheitsapostel, ein Württemberger, der seiner Zeit wegen eines von ihm begangenen Totschlags in psychiatrische Behandlung gekommen war, erledigte in seinem vierstündigen Vortrag diesen Vorfall mit der treuherzigen Wendung, er habe einige Differenzen mit einem Bekannten gehabt. Er sprach in Basel, Bern, Zürich und soll sein Licht bis nach Ungarn haben leuchten lassen, immer ohne eigenes Einkommen zu besitzen, getragen von den Mächten, die gegen die Irrenanstalt kämpfen. Ed. Hess (Stephansfeld).

— Alexander Mendelssohn: Die Irrenfürsorge in Deutschland. St. Petersburg 1900. 716 S. (russ.)

Die vorliegende umfangreiche Schrift ist ein neuer Beweis dafür, dass die Entwickelung des Deutschen Irrenwesens in Russland mit reger Theilnahme verfolgt wird. Der Verfasser, Arzt an der städtischen Irrenanstalt St. Panteleimon in St. Petersburg, ist besonders auf dem Gebiet der practischen Psychiatrie thätig, hat sich mit anderen (Nischeporodzew, Morosow) um die Lösung der in Russland besonders schwierigen Wärterfrage bemüht und einen Leitfaden für Irrenpfleger herausgegeben, der 1899 von dem St. Petersburger Verein für Psychiatrie mit einem Preise gekrönt wurde. 1897 und 1898 hat M. eine grössere Anzahl (über 20) deutsche Anstalten besucht, in den Centralbehörden für das Medicinalwesen in Berlin, München, Dresden und Stuttgart Daten gesammelt und die Litteratur der letzten zwei Jahrzehnte über



die Irrenfürsorge studirt. Die Frucht seiner eingehenden Studien ist das vorliegende Buch, welches besonders denjenigen russischen Collegen gewidmet ist, welche die deutschen Einrichtungen nicht aus eigener Anschauung kennen lernen können. — M. beginnt mit einer Geschichte der Irrenpflege in Deutschland bis zur Gegenwart. Er schliesst mit dem Urtheil, dass es „den Deutschen dank ihrem Nationalcharacter, der sich durch Beharrlichkeit und systematische Gründlichkeit auszeichne, gelungen sei, in Bezug auf die Irrenfürsorge den ersten Platz auf dem Continent zu erobern und ihre Lehrmeister, die Franzosen, weit hinter sich zu lassen." Zur Begründung dieses Urtheils weist M. hin (p. 30) auf die grosse Ausdehnung der Anstaltsfürsorge (1897 in 142 öffentlichen und 120 privaten Anstalten mehr als 74000 Kranke), auf die vollständige Beseitigung der Zwangsmittel, auf die ausgedehnte Anwendung der Bettbehandlung bei den acuten, der Arbeit bei den chronischen Zuständen, auf die Bemühungen für eine angemessene Zerstreuung der Kranken. Im zweiten Abschnitt giebt M. statistische Zusammenstellungen, der dritte behandelt die Organisation der Irrenfürsorge in den einzelnen Bundesstaaten. Im vierten Abschnitt wird zunächst eine kurze Uebersicht über die einzelnen Provinzial- und Landesirrenanstalten gegeben, dann folgt ein Bericht über die vom Verf. besuchten Anstalten (Alt-Scherbitz, Uchtspringe, Bonn, Andernach u. s. w.). Diese Anstaltsbeschreibungen sind nicht gleichwerthig, einige Anstalten sah M. nur kurze Zeit, hier erscheinen nicht alle Urtheile genügend begründet. Der fünfte Abschnitt behandelt die städtischen Anstalten. Die Irrenfürsorge der Stadt Berlin findet hier eine eingehende Beschreibung, ferner die Anstalten von Frankfurt a. M., Breslau, Hamburg, Dresden, Stuttgart. Im sechsten Abschnitt bespricht M. die psychiatrischen Universitätskliniken, wobei die Institute zu Leipzig, Halle, Heidelberg und Giessen genauer beschrieben werden. — Die Anstalten der geistlichen Orden und Vereine werden im siebenten Abschnitt mit Sach- und Litteraturkenntniss besprochen, den Verdiensten dieser Institute, wie ihren Schattenseiten wird M. mit ruhig abwägendem Urtheil gerecht. Es folgt als achter Abschnitt eine Uebersicht über die Privatanstalten, die Wiedergabe der für ihren Betrieb gültigen gesetzlichen Bestimmungen und ein Bericht über den Besuch von Ilten und Göppingen. Acht weitere Abschnitte behandeln: die Fürsorge für Idioten und Epileptische, für geisteskranke Verbrecher, Bauart und Baukosten der deutschen Irrenanstalten, das innere Leben derselben, die Irrencolonien, die familiäre Irrenpflege, die Stellung und die materielle Lage der Aerzte, des Pflege- und Oberpflegepersonals, die Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken. — Zahlreiche in den Text gedruckte Zeichnungen vervollständigen die gegebenen Beschreibungen. Ein ausführliches alphabetisches Litteraturverzeichniss bietet einen werthvollen Anhang. Abgesehen von einer gewissen Breite des vierten Abschnitts schreitet die Darstellung M.'s in der richtigen Bewegung vorwärts. In allem verdient die Gründlichkeit seiner Arbeit volle Anerkennung: es ist hier ein Buch entstanden, das von seinen Lesern nach vielen Seiten hin als eine reiche Fundgrube wichtiger Angaben und Aufschlüsse geschätzt werden wird.

Mercklin-Treptow a. Rega.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorgane. Bd. 26. H. 3/4:

Karl Groos: Experimentelle Beiträge zur Psychologie des Erkennens.

E. Wiersma: Untersuchungen über die sogenannten Aufmerksamkeitsschwankungen.

E. Storch: Ueber die mechanischen Correlate von Raum und Zeit, mit kritischen Betrachtungen über die E. Hering'sche Theorie vom Ortssinne der Netzhaut.

Julius Pikler: Eine Consequenz aus der Lehre vom psychophysischen Parallelismus

* * *

Ann. méd.-psychol., Juli-August 1901:

Nina-Rodrigues: La folie des foules. Nouvelle contribution à l'étude des folies épidémiques au Brésil (suite).

Viallon: Suicide et folie (1. article).

L. Maupaté: Du langage chez les idiots (1. article).

Ch. Azémar: Deux cas de manie guéris à la suite d'une infetion grave.

A. Regnard: Création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels. Rapport présenté au Conseil supérieur de l'assistance publique.

Psychiatr. en Neurolog. Bladen, Mai-Juni 1901:

Bouman: Krankzinnigheid bij tweelingen.

Coenen: Klinische waarnemingen van stoornissen der huidsensibiliteit, waarbij in merdere of mindere mate de uitbreiting van wortelzones is te herkennen.

Schermers: Over Katatonie.

Journal of Mental Pathology, Mai-Juni 1901:

A. Marie: Psycho-motor Hallucinations in General Paralisis.

G. C. Ferrari: Clinical Researches in Circular Insanity.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Kreisirrenanstalt Gabersee. Zum ersten Assistenzarzt und Oberarzt der Kreisirrenanstalt Gabersee wurde der zweite Assistenzarzt der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren Oberarzt Dr. Hans Köhler ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 18. 27. Juli **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Die einheitliche Gestaltung der Anstalts-Jahresberichte.

Von Dr. *Max Fischer.*

Die Ausführungen Starlingers in Nr. 39 unserer Wochenschrift, Jahrgang 1900/01, über die Unzuträglichkeiten des allzu verschiedenen Formats unsrer Jahresberichte und über die Zweckmässigkeit der Einführung eines einheitlichen Formats dürften wohl der ungetheilten Zustimmung aller begegnet sein. Möge denn auch bald eine Verständigung über die Grösse des allgemein einzuführenden Formats, an die sich dann aber auch Jedermann gebunden halten müsste, erzielt werden.

So richtig und erwünscht diese Anregung Starlingers an sich ist, so wird mir, glaube ich, Niemand widersprechen, wenn ich noch wichtiger als eine gemeinsame äussere Form die einheitliche, gleichmässige Gestaltung des Inhalts der Jahresberichte bezeichne in dem Sinne, dass bestimmte fundamental wichtige Fragen in dem Betrieb, in der ärztlichen Thätigkeit, in der Verwaltung der Anstalten in jedem Jahresberichte unter allen Umständen ihre Erledigung finden müssen. Es sollte eine allgemein giltige Norm gefunden werden, nach welcher in einer bestimmten Reihenfolge in jedem Jahresberichte die einzelnen Gesichtspunkte geordnet und übersichtlich abgehandelt werden. Eine derartige Festlegung würde noch lange nicht die Gefahr nothwendig mit sich bringen, dass nun auch alle Jahresberichte gleichmässig schablonenhaft ausfallen müssen; denn es wird dem einzelnen Berichterstatter in der Ausgestaltung und Ausdehnung des Inhalts unter den einzelnen, normirten Punkten jeder Spielraum gelassen. Andrerseits würde ein Gebundensein an ein bestimmtes Schema aber auch eine zu grosse Dürftigkeit des Inhalts ausschliessen.

Die weiteren Vorteile einer solchen einheitlichen Ordnung liegen klar auf der Hand. Bisher war durch die ungleichmässige und willkürliche Zusammensetzung der verschiedenen Jahresberichte untereinander die Aneignung und Ausnützung des in ihnen angehäuften, oft sehr reichen und wertvollen Materials unendlich erschwert; die zum Studium derselben aufgewendete Zeit und Mühe stand nicht im Vergleich zu dem erwarteten Gewinn und sehr oft fand man trotz eifrigsten Bemühens gerade den Punkt, auf den man es in erster Reihe abgesehen hatte, überhaupt nicht bearbeitet vor. Unbefriedigt und missmuthig legte man, wenn man unter diesen Umständen nicht überhaupt von vornherein darauf verzichtete, die undankbare und unfruchtbare Lectüre bei Seite. Die Jahresberichte der Anstalten mit ihrem oft mühsam genug zusammengetragenen und verar-

beiteten Inhalt erfüllten darum auch ihren eigentlichen und wahren Zweck, lebendig anregend und befruchtend zu wirken, neue Erfahrungen zu verbreiten, gemeinsame Ziele zu fördern, nur ungenügend.

Dies soll durch die künftige, einheitliche Gestaltung anders werden. Es soll jeweils in jedem Anstaltsberichte unter derselben bestimmten Ordnungszahl der gleiche Punkt des Anstaltswesens und Anstaltsbetriebes mehr oder weniger ausführlich behandelt werden. An diese Rubrizirung hätte sich jeder Berichterstatter streng zu halten, da nur dadurch ein befriedigendes Endziel erreichbar ist. So wird jeder Leser dadurch, dass er den Gegenstand, für den er sich gerade interessirt, über den er sich belehren will, leicht und sicher an bekannter Stelle in jedem Berichte aufzufinden die Gewissheit hat, auch die Gelegenheit benutzen und für sich aus dem Originale verhältnissmässig mühelos den gewollten Gewinn ziehen und verwerthen können.

Aber nicht nur zum Aufsuchen einzelner Gegenstände für einen speciellen Zweck, sondern auch zur allgemeinen Verwerthung des in den Anstaltsberichten angesammelten Materials in grösseren wissenschaftlichen Arbeiten wird nun erst die Möglichkeit geschaffen werden. Nunmehr lassen sich auch ausgedehnte vergleichende Betrachtungen über Irrenwesen, Anstaltsbetrieb und deren praktische Ergebnisse ins Werk setzen. Auch eine einheitliche Reichsstatistik von wirklichem Werthe wäre dann erst denkbar.

Andererseits können dann aber auch die ausführlichen Referate über die Jahresberichte in toto, wie sie jetzt noch, infolge der beregten Missstände, in unseren Zeitschriften geliefert werden müssen, in dieser Form mehr eingeschränkt werden. Denn, wenn in den Anstaltsberichten selbst Alles übersichtlich angeordnet und leicht aufzufinden ist, so wird mancher dem Auszuge die direkte und ausführlichere Quelle vorziehen. Für die periodischen Zeitschriften bliebe dann nur das Referiren über besonders wichtige Ereignisse, Vorkommnisse, Ergebnisse in den einzelnen Anstalten im Sinne unserer „Anregung" in Nr. 42 des vorigen Jahrgangs dieser Wochenschrift übrig.

Als eine weitere nicht unwillkommene Nebenfrucht dieser Bestrebungen wird man es vielleicht betrachten, dass dann die sich sehr häufenden, oft schwierig und unangenehm zu beantwortenden Circularumfragen an die verschiedenen Anstalten über diesen und jenen Punkt der Irrenpflege mehr und mehr in Wegfall kommen werden, wenn nämlich die Anstaltsberichte selbst regelmässig über solche Dinge im Zusammenhange und an leicht kenntlicher Stelle Aufschluss geben. Den trotzdem Anfragenden wird man aber einfach und bescheiden auf diese Quelle aufmerksam machen.

Zu dieser einheitlichen Gestaltung der Jahresberichte möchten wir mit folgenden Vorschlägen über eine gleichmässige Eintheilung des Inhalts beitragen. Wir nehmen dabei 7 Hauptabschnitte, jeder mit vielen Unterabtheilungen, an und glauben, dass in diesen alle wissenswerthen Punkte untergebracht werden können. Fortlaufende Nummern und Inhaltsnoten am Rande und ebenso ein für alle Berichte gleichlautendes Anfangsregister könnten die Auffindbarkeit der einzelnen Punkte noch wesentlich erleichtern.

Wir haben von Anfang an möglichst viele Punkte aufgenommen, wobei wir es in suspenso lassen, ob nicht einige gestrichen werden können. Allzu detaillirte Wünsche Einzelner müssten allerdings dem Ganzen zu Liebe unterdrückt werden.

Noch geben wir dem Wunsche Ausdruck, ob nicht durchaus in allen Berichten immer nur ein Jahr abgehandelt und auch das Berichtsjahr selbst einheitlich, als vom 1. Januar zum 1. Januar laufend, angesetzt werden könnte.

Im übrigen möchten wir unsere Zusammenstellung nur als einen vorläufigen Versuch betrachtet wissen, der noch der Verbesserung wartet, bis er zu einer definitiven und allgemeinen Anwendung reif sein wird.

I. Leitung und Personal der Anstalt.

1. Direktor und Aerztecollegium.

a) Veränderungen des Bestandes im Berichtsjahre. Erkrankungen. Todesfälle. Ehrungen und Ernennungen. Besondere Bemerkungen.

b) Namentliche Zusammenstellung nach Rang und Eigenschaft, Approbationsjahr, am Schlusse des Berichtsjahres.

c) Gehalts- und Anstellungsverhältnisse.

2. Das übrige höhere Beamtenpersonal

nach denselben Gesichtspunkten.

3. Das Wartpersonal,

a) Wärter und Wärterinnen getrennt nach 1. a und b in Zahlen. Personalwechsel — Einstellung, Entlassung — in Prozentsätzen des Bestandes. Wie viele traten auf ihre eigene Kündigung aus? Wie vielen wurde der Dienst gekündigt? Wie ist der Ersatz des Personals gestaltet? Vergleich mit dem Vorjahre. Krankheiten, Todesfälle, Auszeichnungen, besondere Bemerkungen.

b) Stand am Ende des Berichtsjahres in Zahlen.

4. Das übrige niederere Personal

der Anstalt der Reihe nach, nach denselben Gesichtspunkten.

II. Allgemeine Verhältnisse der Anstalt.

1. Termin der Eröffnung der Anstalt.

2. Charakter der Anstalt,

ob Irrenklinik, ob vorwiegend Heilanstalt oder ob Pflegeanstalt. Welcher Art Kranke werden aufgenommen? ob für Epileptiker, Idioten etc.?

3. Aufnahmeverfahren.

Bedingungen. Formalitäten.

4. Platzverhältnisse.

a) Situationsplan der Anstalt. Anordnung der Abtheilungen.

b) Normale Belegziffer unter Wahrung der hygienischen Anforderungen; nach den einzelnen Verpflegungsklassen; in toto; angenommener Cubikraum; getrennt nach Männer- u. Frauenseite.

c) Wirkliche Besetzung der Anstalt. Vergleich mit den Gesichtspunkten unter b. Resultat: ob darnach Ueberfüllung, absolute oder relative? auf welchen Abtheilungen?

5. Veränderungen und Ereignisse allgemeiner Art.

a) Besichtigung durch die staatliche Commission. Ergebnisse derselben.

b) Bauliche Veränderungen.

c) Sonstige Neuerungen.

d) Besondere Vorkommnisse (z. B. Besuche, Jubiläen, Brandunglück etc.).

III. Einrichtungen der Krankenpflege.

1. Verpflegung und Verköstigung.

Verpflegungsklassen und Kosten derselben.

Ob besondere Abtheilungen für Kranke der besseren Stände vorhanden?

2. Wasserversorgung.

3. Abfuhrsystem.

4. Heizung.

5. Beleuchtung.

6. Bädereinrichtung,

ob central oder in jeder Abtheilung.

7. Kolonie und Oekonomie, Werkstättenbetrieb im Allgemeinen.

8. Anstaltsfeste,

gesellschaftliche Unterhaltungen (Theater, Concerte, Vorträge, Anstaltszeitung).

9. Unterricht,

Lehrerthätigkeit, Turnstunden.

10. Seelsorge,

Regelung des Gottesdienstes; ob besondere Anstaltsgeistliche?

11. Hausordnung.

12. Wartdienst,

Lohnverhältnisse. Etatmässige Anstellung. Verheirathung der Wärter. Dienstkleidung. Unterrichtskurse. Freie Zeit. Strafen. Besondere Bemerkungen.

13. Apotheke und Arzneidispensation,

wie geordnet?

14. Sonstige unter III gehörige Besonderheiten.

IV. Aerztlicher Thätigkeitskreis.

A. Praktische Thätigkeit.

1. Bettbehandlung.

2. Wachabtheilungen,

Ordnung des Wachdienstes.

3. Isolirungen.

4. Hydrotherapie.

u. a. Dauerbäder.

5. Arzneimittelbehandlung,

Neue therapeutische Bestrebungen und Behandlungsergebnisse.

6. Schlafmittel.

7. Freie Verpflegung.

Erfahrungen.

8. Familienpflege.

9. Beschäftigung der Geisteskranken,

Statistik hierüber nach den einzelnen Arten der Beschäftigung (Feldarbeit, Werkstätten, Hausarbeit, weibliche Arbeiten etc.).

10. Regelung des Arbeitsverdienstes.

Vergünstigungen der arbeitenden Kranken.

11. Entweichungen.

a) aus geschlossenen Abtheilungen,

b) aus Colonie, bei freier Verpflegung,

c) bei freien Ausgängen,

d) bei Ausflügen,

e) wieviel verhindert, wieviel ausgeführt, wieviel in Freiheit belassen, resp. wieder aufgenommen?

12. Unglücksfälle.

a) Selbstmordversuche.

b) Ausgeführte Selbstmorde.

c) Selbstverstümmelungen.

d) Sonstige Fälle.

e) Unfälle bei der Arbeit.

f) „ durch Kranke verursacht.

13. Gesundheitszustand im Allgemeinen in der Anstalt.

Körperliche Krankheiten, Epidemieen, Infectionskrankheiten (Typhus, allgemeine Dysenterien etc.) insbesondere Tuberkulose; Krebs;

chirurgische Krankheiten,

Operationen.



14. Poliklinik.

B. Wissenschaftliche Arbeiten.

1. Verwerthung des klinischen und anatomischen Materials.

Laboratorien.

Sectionen — Modus derselben.

Ob alle Leichen secirt, ob Leichen (ev. unsecirt) an anatomische Anstalten abgeliefert werden.?

Wichtige Sectionsergebnisse.

2. Ergebnisse der Begutachtungen straf- und civilrechtlicher Natur,

(Invalidität etc.).

Erfahrungen mit dem neuen bürgerlichen Gesetzbuch, besonders in Ehescheidungs- und Entmündigungssachen.

3. Aufzählung der im Berichtsjahr aus der Anstalt veröffentlichten Arbeiten.

V. Statistische Bearbeitung des Krankenmaterials.

1. Krankenbewegung.

Krankenstand am Anfang des Berichtsjahres.

Aufnahmen.

Entlassungen.

Tote.

Bestand am Schlusse des Berichtsjahres,

alles nach Geschlechtern getrennt, Vergleich mit dem Vorjahre; Ausrechnung nach Procentsätzen des Bestandes.

2. Abhandlung des Bestandes und der Aufnahmen, also der Gesammtverpflegten in Tabellenform nach folgenden Gesichtspunkten:

a) nach den Verpflegungsklassen, ausserdem wieviel Selbstzahlende, wieviel auf Staats- oder Gemeindekosten, wieviel Kranke besserer Stände?

b) nach der Staatsangehörigkeit,

c) nach dem Religionsbekenntniss,

d) nach dem Familienstand (ledig, verheirathet, verwittwet, geschieden),

e) wieviel unehelich,

f) nach Stand und Beruf,

g) nach Altersstufen,

h) bisherige Dauer der Krankheit,

i) Beginn der Krankheit in welchem Alter?

3. Aetiologie der behandelten Psychosen, in Bestand und Aufnahmen getrennt.

A. Erblichkeit.

a) directe Belastung

vom Vater

von der Mutter her.

b) Belastung durch Verwandte:

Grosseltern väterlicherseits, Grosseltern mütterlicherseits, sonstige Verwandte väterlicherseits, sonstige Verwandte mütterlicherseits.

c) Belastung durch Geschwister.

d) Welcher Art ist die Belastung:

Geisteskrankheit,

Nervenkrankheit,

Epilepsie,

Trunksucht,

Selbstmord,

Abnorme Charakteranlage (Verbrechen),

Sonstige Momente

bei den belastenden Familiengliedern.

B. Sonstige Aetiologie, erworbene Momente:

a) Alkoholismus,

b) Infectionskrankheiten,

c) Syphilis,

d) Nervenkrankheiten,

e) Traumen,

f) Ueberanstrengung,

g) Puerperium,

h) Pubertät,

i) Klimacterium,

k) Senium,

l) Psychische Einflüsse,

m) Verbrecherthum,

n) Andere Ursachen.

4. Form der Psychosen unter Bestand und Aufnahmen.

So lange es eine einheitliche, von allen anerkannte Eintheilung und Nomenclatur der Psychosen nicht giebt, ist es vielleicht am besten, wenn man sich unter Unterordnung spezieller eigener Ansichten und Wünsche an ein bereits eingeführtes Schema hält. Als ein solches, wie uns scheint sehr brauchbares Schema kann man das in dem Württembergischen Medizinalberichte neuerdings eingeführte wohl gelten lassen. Dasselbe hält einestheils an dem Formular der Reichsmedizinalstatistik fest, trägt aber doch in noch differenzirteren Unterabtheilungen den neueren wissenschaftlichen Errungenschaften Rechnung.

A. Angeborene Störungen.

a) Idiotie,

b) Kretinismus,

c) Imbecillität,

a—c Zusammen.

B. Erworbene Störungen.

1. Einfache.

a) Constitutionelles Entartungsirresein,

b) Neurasthenisches Irresein,



c) Hysterisches Irresein
d) Depressives "
e) Manisches "
f) Periodische und cirkuläre Formen,
g) Acute hallucinatorische Verwirrtheit,
h) Acuter hallucinatorischer Wahnsinn,
i) Primäre Demenzformen,
α. Dementia praecox,
β. Hebephrenie,
γ. Katatonie,
k) Chronische Verrücktheit,
l) Secundäre Verblödungsprocesse.
a—l Zusammen.

2. Geistesstörungen mit nachweisbarem anatomischem Befund.

a) Dementia paralytica,
b) Organische Hirnerkrankungen anderer Art,
c) Atrophische Processe seniler Art,
a—c Zusammen.

3. Intoxicationspsychosen.

a) Acute alkoholische Formen,
b) Chronischer Alkoholismus,
c) Sonstige Intoxicationspsychosen,
a—c Zusammen.

4. Epilepsie,

a) ohne Geistesstörung,
b) mit Geistesstörung.

5. Andere Neurosen.

A. und B. zusammen.

C. Zur Beobachtung ihres Geisteszustands in der Anstalt befindliche Untersuchungsgefangene.

D. Criminelle Fälle,

unter Bestand und Aufnahmen,
a) Conflict mit dem Strafgesetz vor der Erkrankung,
b) Conflict mit dem Strafgesetz nach der Erkrankung,
c) Verbrechernaturen, Gewohnheitsverbrecher,
d) Geisteskranke mit verbrecherischen Neigungen.

E. Civilrechtliche Fälle.

a) Ehescheidungen,

Wie viel gestellte Anträge; wie vielen wurde entsprochen? welche Psychosenformen?

b) Entmündigungen,

nach folgenden Gesichtspunkten:
wie viele wurden beantragt,
wie viele ausgesprochen?
ferner:
Zahl der Entmündigten vom Vorjahre,
neue Entmündigungen im Berichtsjahre.
Summe beider Zahlen.
Ferner: Form der Psychosen.
Ferner:

Entmündigungs- oder Fürsorgeform:
α. wegen Geisteskrankheit,
β. wegen Geistesschwäche.
γ. Vorläufige Vormundschaft.
δ. Pflegschaft.

Ferner:

Eintritt der Fürsorge:
nach wie langer Krankheitsdauer?
nach wie langem Anstaltsaufenthalt?

c) Sonstige civilrechtliche Fälle.

Weitere Eruirungen:

5. Bei den Aufnahmen:

A. ob erste oder wiederholte Aufnahme, im letzteren Falle wievielte?

B. Krankheitsdauer vor der Aufnahme;
darnach: a) wieviel acute, heilbare,
b) wieviel chronische Fälle,
nach dem Befunde bei der Aufnahme gerechnet.

C. Herkunft der Aufnahmen:
a) aus dem offenen Lande, d. h. von Hause,
b) aus vorläufiger Unterkunft in Spitälern und Krankenhäusern,
c) aus öffentlichen Irrenanstalten für acute Geisteskranke,
d) aus Irrenkliniken,
e) aus öffentlichen Pflegeanstalten,
f) aus Privatirrenanstalten,
g) aus offenen Sanatorien,
h) aus Zuchthäusern und Gefängnissen,
i) aus Armen- und Pfründnerhäusern — Siechenanstalten — Kreispflegeanstalten ohne irrenärztlichen Betrieb,
k) aus geistlichen Anstalten,
l) aus ausländischen Irrenanstalten übernommen.

D. Vollzug der Aufnahmen:
a) auf Antrag der Angehörigen,
b) auf polizeilichem Wege,
c) auf sonstige Art.
Ferner: a) in regulärem, oder
b) in wegen Dringlichkeit beschleunigtem Verfahren.

6. Bei den Entlassenen:

A. Nachweis einzelner Momente:
a) Geschlecht,
b) Alter,
c) Familienstand,
d) aetiologische Momente nach V. 3,
e) Krankheitsformen der Entlassenen nach V. 4,
f) entlassen nach wie langer Krankheitsdauer?

g) entlassen nach wie langem Anstaltsaufenthalt?

B. Entlassung in welchem Zustande:

a) geheilt,
b) gebessert vor der Heilung,
c) gebessert, aber in einem Defectzustand,
d) ungebessert.

C. Erfahrungen mit den Entlassenen;
Entlassungen wider ärztlichen Rath,
Selbstmordversuche und Selbstmorde Entlassener.

D. Entlassung wohin:

a) in die Heimat, Familie,
b) in andre Anstalten,
  α) staatliche Pflegeanstalten,
  β) Idioten-, Epileptikeranstalten,
  γ) in Heil- oder Aufnahmeanstalten,
  δ) in Zuchthäuser, Gefängnisse,
  ε) Armenhäuser, Kreispflegeanstalten,
  ζ) in offene Sanatorien,
  η) in Irrenkliniken,
  ϑ) in auswärtige Irrenanstalten,
  ι) in geistliche Anstalten.

7. Die Todesfälle, abgehandelt nach

a) Geschlecht,
b) Alter,
c) Familienstand,
d) aetiologische Momente der Psychose nach V. 3,
e) Form der Psychose nach V. 4,
f) nach wie langer Dauer der Psychose,
g) nach wie langem Anstaltsaufenthalt?
h) Todesursachen,
insbesondere Infectionskrankheiten, Tuberkulose, Paralyse, Krebs,
i) Sectionsbefund.

VI. Landwirthschaftlich-industrieller Betrieb der Anstalt

nach Ausgaben, Leistungen und Einnahmen.

1. Oekonomie.

Viehwirthschaft.
Felderbewirthschaftung.
Obstbaumzucht.

2. Gemüsebau.
3. Zier- und Blumengärtnerei.
4. Küchenbetrieb.
5. Waschküchenbetrieb.
6. Bäckerei.
7. Schlachthaus.
8. Werkstättenbetrieb.
9. Frauenhandarbeit.
10. Andere Arten von Betrieben.

VII. Verwaltungsergebnisse.

1. Aufwand.

a) allgemeine Verwaltungsunkosten:
  Bureaukosten,
  Steuern, Abgaben, Feuerversicherung,
  Porto — Telegramme — Fracht — Zufuhr,
  Kranken-, Invaliditäts- und Altersversicherung etc.
  Sonstiges.
b) Gehälter der verschiedenen Beamtenkategorien.
c) Aufwand auf Gebäude, Instandhaltung, bauliche Veränderungen.
d) Aufwand auf Inventar, Mobiliar und Geräthe.
e) Aufwand auf Bettwerk und Weisszeug.
f) Kleidung.
g) Verköstigung.
i) Getränke:
  alkoholische,
  nicht alkoholische.
k) Landwirthschaft.
l) Gewerbebetrieb.
m) Maschinenanlagen.
n) Heizung.
o) Beleuchtung.
p) Wasserversorgung.
q) Reinigungskosten.
r) Heilkosten:
  Apotheke,
  Instrumente, Apparate.
s) Wissenschaftliche Ausbildung:
  Aerztliche Bibliothek,
  Laboratorien.
t) Kirchliche Zwecke:
  Begräbnisskosten.
u) Unterhaltung, Feste, Weihnachtsbescheerung Unterhaltungsbibliothek.
v) Unterrichts- und Schulbedürfnisse.
w) Arbeitsverdienstgelder, Vergünstigungen an arbeitende Kranke,
x) Sonstige Ausgaben.

2. Einnahmen.

a) Aus den Verpflegungsgeldern der Kranken nach Verpflegungsklassen:
  wieviel durch Selbstzahlende?
  wieviel durch Armenverbände?
  wieviel auf Staatskosten?
b) aus dem Betrieb der Anstalt:
  α) aus der Bewirthschaftung der Grundstücke,
  β) aus dem Gewerbebetrieb,
    zusammengestellt aus VI.
  γ) Nebeneinnahmen aus der Kostbereitung.



c) Sonstige kleinere Einnahmen.

3. Allgemeiner Rechnungsabschluss.

Zusammenstellung aus dem seitherigen.

a) Einnahmen.
b) Ausgaben.
c) Nöthiger Staatszuschuss.
d) Kassenstandsabschluss.
e) Wieviel der Ausgaben gedeckt durch Verpflegungskosten,
wieviel durch Betrieb der Anstalt und andere Einnahmen,
wieviel durch Staatszuschuss.

4. Berechnung der Arbeitsleistungen der Pfleglinge.

Einbeziehung derselben in das Budget, resp. Feststellung der dadurch gemachten Ersparnisse.

5. Berechnung aus den Gesammtkosten auf den einzelnen Kopf der Verpflegten.

a) in den einzelnen Verpflegungsklassen,
b) im Durchschnitt,
c) wieviel gedeckt durch die Verpflegungskosten?
wieviel durch Anstaltsbetrieb (Landwirthschaft etc.)?
wieviel durch Staatszuschuss?

6. Rentabilitätsberechnung

des landwirthschaftlichen und Gewerbebetriebs:

a) ohne Anrechnung der Arbeitsleistungen der Anstaltspfleglinge,
b) mit Anrechnung der Arbeit der Pfleglinge.

Anordnung der Entlassung aus der Anstalt im Entmündigungsverfahren.

Nach § 656 der Civilprozessordnung kann das Gericht mit Zustimmung des Antragstellers anordnen, dass der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Durch die Verbringung des zu Entmündigenden in eine Anstalt wird es zwar ermöglicht, die einzelnen Krankheitssymptome genau und lückenlos zu beobachten, auf der anderen Seite aber durch die Versetzung einer Person in so ungewohnte Verhältnisse ein Faktor eingeführt, der unter Umständen im Sinne eines seelischen Kunstprodukts nicht unwesentlich auf die Psyche einwirken kann. Der Beobachtung in der Anstalt haftet ferner die Einseitigkeit an, dass der zu begutachtende Kranke während der Beobachtung ganz losgelöst von denjenigen Verhältnissen ist, für welche, eben auf Grund jener, seine juristische Persönlichkeit adaptirt werden soll. Doch besteht diese Einseitigkeit mehr nur in der Theorie, da in Wirklichkeit über die der Internirung meist unmittelbar voraufgangenen Thatsachen, welche die Geschäftsfähigkeit fraglich erscheinen liessen, die erforderlichen gerichtlichen Erhebungen stattgefunden haben.

In manchen Entmündigungsfällen handelt es sich aber um Personen, die seit 1, 2 oder 3 Jahren in der Anstalt leben, deren Horizont, durch die Krankheit eingeengt, schliesslich mit dem engen Kreis des Anstaltslebens zusammenfällt. Ueber das Krankheitsbild, durch so lange Zeit beobachtet, herrscht Klarheit und alles ist so bestimmt, dass man daraus auch für die Geschäftsfähigkeit die richtigen Consequenzen ziehen zu können glauben müsste, aber diese letztere ist doch ein variabler, abstracter Begriff, der Form und Gestalt erst erlangt, wenn er auf bestimmt begrenzte Verhältnisse bezogen wird. Auf welche Verhältnisse sollen wir ihn beziehen? Auf diejenigen, welche vor 1, 2 oder 3 Jahren bestanden und die sich vielleicht längst geändert haben, auf Angelegenheiten, die wir gar nicht aus eigener Anschauung kennen, für die die Akten nicht mehr massgebend sind, und die der zu Begutachtende längst aus dem Gesichtskreis verloren hat? Ein einfaches Mittel ist es, das über diese Schwierigkeit hinweghilft: die Anordnung einer versuchsweisen Entlassung des Kranken, über dessen Verhalten ausserhalb der Anstalt ebenfalls gerichtliche Erhebungen stattfinden müssten. Wenn die Civilprocessordnung Jemand zum Zweck seines Rechtsschutzes in die Anstalt zu gehen zwingt, wieviel eher könnte sie zum gleichen Zwecke seine Entlassung fordern, und wenn sie die Kosten der Internirung nicht scheut, wie können die Ausgaben in die Wagschale fallen, welche eine etwa erforderliche besondere Beaufsichtigung während der kurzen Zeit des probeweisen Aufenthalts ausserhalb der Anstalt erheischt. Schwer gemeingefährliche Personen werden dabei ja nicht in Frage kommen. Wenn man wissen will, ob sich Jemand bestimmten Verhältnissen gegenüber abnorm verhält, so muss man nöthigenfalls auch in der Lage sein, ihn denselben gegenüber zu stellen. — Dieses Verfahren, dessen Verwirklichung nach dem Sinne des



§ 653 der Civilprocessordnung schon jetzt im Bereich der Möglichkeit liegt, sollte, ceteris paribus als Correlat zu der im § 656 bezeichneten Internirung, auch im Wortlaut der C. P. O. Berücksichtigung finden. Es würde dann zugleich mit der Frage nach der Geschäftsfähigkeit auch diejenige der Anstaltspflegebedürftigkeit zur Beantwortung kommen (denn zu den Angelegenheiten gehören nicht bloss die Vermögensangelegenheiten), und es hätte an diesem Puncte nicht nur der betheiligte Kranke ein Interesse, sondern die Anstaltsleiter, die nicht so selten bezüglich der Frage nach den häuslichen Verhältnissen eines Kranken, nach der Möglichkeit, ob die Familie oder die Gemeinde denselben wieder aufnehmen kann, auf die Auskunft untergeordneter Organe oder vom eigenen Interesse geleiteter Privatpersonen angewiesen sind; — endlich auch die Irrenanstalten im Allgemeinen, da durch eine solche Vorschrift in den Augen des Publikums die Gefahr nicht genügend motivirter Festhaltung von Kranken in der Anstalt wesentlich verringert, damit das Vertrauen zu der letzteren erhöht würde.

So sehr ich mir bewusst bin, dass die probeweise Entlassung in obigem Sinne nur ausnahmsweise geboten erscheinen wird, so sehr hat mich die wiederholte gelegentliche Besprechung dieses Punktes mit Fachcollegen überzeugt, dass ich mit meiner Ansicht, wenigstens was die zuverlässige Eruirung der Anstaltspflegebedürftigkeit betrifft, nicht vereinzelt dastehe. In einem Falle habe ich die Abgabe eines endgiltigen Urtheils in einer Entmündigungssache abgelehnt und von dem Ausfall des Versuchs einer Entlassung abhängig gemacht. Das Medizinal-Collegium war der Ansicht, dass gewichtige Bedenken dagegen sprechen; die Natur derselben gab es nicht an. Medicinische und administrative standen dem Versuche nicht entgegen, da er thatsächlich gemacht worden war und auch später wiederholt wurde. Bresler.

Mittheilungen.

— Rechtsunsicherheit in Sachen Geisteskranker. Zu welchen Zweckwidrigkeiten die buchstäbliche Auslegung des Gesetzes führt, lehren folgende beiden den Irrenarzt besonders interessirenden Fälle über die in Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie berichtet ist. Ein Geisteskranker hatte ein Revolverattentat begangen; auf Grund des § 51 Reichsstrafgesetzbuchs wurde das Verfahren eingestellt. Der Staatsanwalt hatte, gemäss § 40 des St. G. B., im sog. „objektiven Verfahren“ die Einziehung des bei dem Attentate gebrauchten Revolvers beantragt, die Strafkammer lehnte dies ab, vor allem deswegen, weil im Falle des Zutreffens der Voraussetzungen des § 51 St. G. B keine strafbare Handlung vorhanden sei, somit auch die sonstigen Konsequenzen hinfällig seien. Die Staatsanwaltschaft legte gegen dieses Urtheil Revision ein. Das Reichsgericht verwarf diese Revision und bestätigte das Urtheil der Strafkammer mit folgender Begründung: „Nach § 42 St. G. B. kann zwar in den Fällen der §§ 40 und 41 die daselbst vorgesehene Einziehung der zur That gebrauchten Werkzeuge selbständig dann erfolgen, wenn die Verfolgung oder Verurtheilung einer bestimmten Person nicht ausführbar ist. Der für den vorliegenden Fall maassgebende § 40 setzt aber in ausdrücklicher Bestimmung voraus, dass das Vergehen oder Verbrechen, um das es sich handelt, ein vorsätzliches war. Schon nach den Grundlehren der allgemeinen Strafrechtswissenschaft kann nun von einem vorsätzlichen Delikte keine Rede sein, wenn die That in dem Zustande einer die Freiheit der Willensbestimmung ausschliessenden Geistesstörung verübt wurde, wenn der Thäter unzurechnungsfähig war. Das positive Strafrecht bestimmt aber auch in § 51 ausdrücklich, dass eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn sich der Thäter zur Zeit der That in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder die Freiheit der Willensbestimmung ausschliessenden krankhaften Störung der Geistesthätigkeit befand. Wenn also nach dieser Bestimmung des Gesetzes überhaupt keine strafbare Handlung vorliegt, so kann auch von einer Anwendung des § 40 und 42 St. G. B. keine Rede sein. Allerdings kann auch die Handlung einer von einer solchen Geistesstörung Befallenen einer gewissen Gehirn- und Denkoperation desselben entspringen und insofern von einem, einem krankhaften Geisteszustande entsprossenen Vorsatze gesprochen werden; allein im Sinne des Rechtes und des Gesetzes liegt hier überhaupt keine Handlung vor.“ —

Der Geisteskranke kann also zunächst weiter schiessen!

Eine andere Rechtsunsicherheit besteht darin, dass nach einer Reichsgerichtsentscheidung es nicht möglich ist, dass Jemand bestraft wird, der sich an einem Verbrechen betheiligt hat, dessen Hauptthäter wegen Zurechnungsunfähigkeit straffrei ausging, nämlich deshalb nicht möglich, weil, wenn der Hauptthäter nicht bestraft wurde, auch keine strafbare Handlung vorgelegen hat, also der Helfer auch an keiner strafbaren Handlung theilgenommen hatte. „Der objektive Mangel einer Hauptthat giebt den rechtlichen Grund der Straflosigkeit der Unterstützungshandlung in ihrer Eigenschaft als Beihilfe.“ Kannte der Unterstützende den Zustand, so kann er denselben (d. h. den Geisteskranken) als Werkzeug benützen wollen, nicht aber mit dem Vorsatze handeln, das Delikt eines anderen zu unterstützen; hat er ihn nicht gekannt, so ist er weder als Urheber noch als Gehilfe straflos.“*) „Die

*) Diese von Aschaffenburg so im Handbuch citirten Stellen lauten auf S. 60. Bd. XI. Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen:



rechtliche Nichtexistenz einer Hauptthat zieht auch die rechtliche Nichtexistenz der accessorischen Theilnahme nach sich." (Citate aus Reichsgerichtsentscheidungen).

Schier komisch klingt es, dass, wie der Verfasser berichtet, der Vertheidiger des bei einem Morde als Aufpasser dienenden Theilnehmers als einzigen Vertheidigungsgrund anführte, dass der Mörder selbst geisteskrank sei.

Dass in diesen Punkten die Gesetzgebung eine Aenderung herbeiführen muss, bedarf keiner weiteren Ausführungen.

„Ist also das, was ein der freien Willensbestimmung beraubter Geisteskranker that, als eine für das Strafrecht existierende Handlung nicht zu erachten, steht ein solches Thun vielmehr für das Strafrecht auf derselben Linie, wie das Thun irgend eines anderen vernunftlosen Geschöpfes, so folgt, dass sich niemand einer strafbaren Beihilfe dazu schuldig machen kann. Und zwar folgt dies sowohl für den Fall, wenn dem das Thun des Geisteskranken Unterstützenden der Zustand des letzteren bekannt, als für den Fall, wenn derselbe ihm unbekannt ist; denn der rechtliche Grund der Straflosigkeit der Unterstützungshandlung in ihrer Eigenschaft als Beihilfe wird durch den objektiven Mangel einer Hauptthat gegeben. In anderer Beziehung können dagegen diese beiden Fälle verschieden zu beurtheilen sein. Denn wenn der Unterstützende den Zustand des Geisteskranken kennt, kann er denselben zwar als sein Werkzeug benutzen wollen, nicht aber mit dem Vorsatze handeln, das Delikt eines Anderen zu unterstützen, und dies ist erheblich für die Frage, ob er mit dem Dolus eines Gehilfen, oder vielmehr mit dem eines Urhebers thätig gewesen ist. Hat er dagegen den Zustand des Geisteskranken nicht gekannt, und so verhält es sich nach den Feststellungen des Instanzrichters bei dem Angeklagten F. hinsichtlich des Geisteskranken W., so ist es möglich, dass auch von Urheberschaft bei ihm nicht gesprochen werden darf, weil er weder die Hauptthat selbst ausführte, noch mit dem Vorsatze handelte, dieselbe als seine That zu begehen, sondern nur die That des Anderen befördern wollte. Beides hat hier der Instanzrichter hinsichtlich des F. festgestellt, sodass, wenn letzterer nicht als Gehilfe strafbar war, die Strafbarkeit überhaupt verneint werden musste.

— Ist der Vormund a) einer wegen Geistesschwäche entmündigten, b) einer nach § 1906 B. G. B.'s unter vorläufige Vormundschaft gestellten Person nach § 65 Abs. 2 St. G. B.'s zur Stellung des Strafantrages berechtigt? IV. Strafsenat. Urtheil vom 18. Januar 1901 g. O. Rep. 5037/00. I. Schwurgericht Freiberg i. S. (Reichsger.-Entsch. in Strafs. Bd. 34, 1901.)

Aus den Gründen: Beschwerdeführer ist durch den Spruch der Geschworenen für schuldig erklärt, im April 1900 durch dieselbe Handlung a) eine in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande befindliche oder geisteskranke Frauensperson, die ledige Tr., zum ausserehelichen Beischlafe gemissbraucht, b) die genannte Tr. beleidigt zu haben. Das Gericht hat aus § 176 Nr. 2 St. G. B.'s auf Strafe erkannt. Bei Bemessung der Strafe ist, wie das Urtheil ausdrücklich bemerkt, die gleichzeitige Verurtheilung wegen Beleidigung ohne Einfluss gewesen. Der zur Verfolgung aus § 185 St. G. B.'s erforderliche Strafantrag ist von der Verletzten selbst nicht gestellt. Wie die Beiakten ergeben, hat das Amtsgericht am 30. October 1900 auf Antrag der Staatsanwaltschaft gegen die volljährige Tr. das Entmündigungsverfahren wegen „Geistesschwäche" eingeleitet und zugleich deren Mutter, die Wittwe Tr., nach § 1906 B. G. B.'s als vorläufige Vormünderin verpflichtet. An demselben Tage ist von der letzteren bei der Staatsanwaltschaft auf Bestrafung des Angeklagten wegen Beleidigung ihrer Tochter durch Vollziehung des Beischlafes angetragen. In dem Urtheile des Schwurgerichtes vom 7. Dezember 1900 ist dieser Antrag unter Hinweis auf § 65 Abs. 3 St. G. B.'s, sonst ohne weitere Ausführung, für fristgerecht erklärt, nachdem die Tr. durch den ihr am 17. November zugestellten Beschluss des Amtsgerichtes wegen „Geistesschwäche" entmündigt und ihre Mutter am 26. November als nunmehr definitive Vormünderin in Pflicht genommen war.

Die Revision erachtet den Strafantrag für unzulässig, weil verspätet. Der Senat hat erwogen:

Der in dem Urtheile angezogene Abs. 3 des § 65, welcher die Bevormundung eines „Geisteskranken" zur Voraussetzung hatte, ist durch Art. 34 Einf.-Ges. zum B. G. B. aufgehoben. Der an seine Stelle getretene Abs. 2. des jetzigen § 65 bezeichnet bei „Geschäftsunfähigkeit" des Verletzten den gesetzlichen Vertreter als den zur Stellung des Antrages Berechtigten, wobei für die Frage, ob der Verletzte geschäftsunfähig ist, die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches entscheidend sind.

Nach § 6 Nr. 1 daselbst kann entmündigt werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Während durch § 104 Nr. 2 und Nr. 3 derjenige, welcher sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden, nicht bloss vorübergehenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befindet oder wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, für geschäftsunfähig erklärt wird, steht nach § 114 der wegen Geistesschwäche Entmündigte in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das siebente Lebensjahr vollendet hat. Dieselbe Unterscheidung tritt darin zu Tage, dass nach § 661 C. P. O. die Entmündigung wegen Geisteskrankheit mit der Zustellung des Beschlusses an den gesetzlichen Vertreter, eventuell mit der Bestellung des Vormundes, die Entmündigung wegen Geistesschwäche mit der Zustellung an den Entmündigten wirksam wird. Es erhellt hieraus: zunächst, dass Geistesschwäche an sich auf die Geschäftsfähigkeit keinen rechtlichen Einfluss hat; sodann, dass der Geistesschwache durch die Entmündigung nicht geschäftsunfähig, sondern nach Maassgabe der §§ 106 bis 114 B. G. B.'s in der Geschäftsfähigkeit nur beschränkt wird; endlich, dass der Grund der Entmündigung, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, der Entscheidung des die Entmündigung aussprechen-



den Gerichtes zu entnehmen und danach zu beurtheilen ist, ob der Vormund Vertreter eines Geschäftsunfähigen oder eines beschränkt Geschäftsfähigen ist. In dem vorliegenden Falle hat das Amtsgericht die Verletzte, bevor die Strafsache zur Aburtheilung gelangte, nicht wegen Geisteskrankheit, sondern wegen Geistesschwäche entmündigt. Solange dieser für die Rechtsstellung des Vormundes massgebende Beschluss in Kraft stand, war auch im Strafverfahren für die Annahme einer Geschäftsunfähigkeit der Verletzten, soweit hiervon die selbständige Antragsberechtigung des Vormundes abhing, kein Raum vorhanden. So wenig der Strafrichter dem § 65 Abs. 2 St. G. B.'s auf der Grundlage einer von ihm angenommenen Geisteskrankheit des Verletzten die entsprechende Folge zu geben vermag, wenn das Amtsgericht die bei Volljährigkeit erforderliche Entmündigung ablehnt und nunmehr kein Vertreter bestellt wird, so wenig ist er hierzu befugt, wenn die Entmündigung wegen Geistesschwäche oder, was dem gleichsteht, wegen Verschwendung oder Trunksucht ausgesprochen wird und infolgedessen bei der Entscheidung über die Rechtsstellung des Vormundes von der Annahme einer, wennschon beschränkten Geschäftsfähigkeit der bevormundeten Person auszugehen ist.

Zu demselben Ergebnisse gelangt man, wenn der Nachdruck darauf gelegt wird, dass die Antragstellerin am 30. October 1900 nur vorläufig als Vormünderin verpflichtet war. Der nach § 1906 B. G. B.'s unter vorläufige Vormundschaft Gestellte steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit gemäss § 114 daselbst einem Minderjährigen über sieben Jahren gleich, ohne Unterschied, ob das Entmündigungsverfahren wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit eingeleitet ist.

Wie die Protocolle der Commission für die zweite Lesung des Entwurfes des Bürgerlichen Gesetzbuches Bd. 6 S. 573 ergeben, ist auch die Commission bei Feststellung der Fassung des jetzigen § 65 St. G. B.'s davon ausgegangen, dass damit nur dem gesetzlichen Vertreter eines Minderjährigen, nicht auch dem gesetzlichen Vertreter einer anderen in der Geschäftsfähigkeit beschränkten Person und insbesondere nicht dem Vormunde eines unter vorläufige Vormundschaft Gestellten die Befugniss eingeräumt werde, wegen einer Verletzung des Vertretenen kraft eigenen Rechtes den Strafantrag zu stellen. Wenn hierbei von der Commission erwogen ist:

> „dass es während der vorübergehenden Dauer der vorläufigen Bevormundung genüge, wenn der Vormund wie jeder andere Vertreter im Namen und aus dem Rechte des Bevormundeten einen etwaigen Strafantrag stellen könne,"

so muss dieser für die Aufgaben der Strafrechtspflege nicht unwichtige Gesichtspunkt im vorliegenden Falle ausscheiden, weil der Strafantrag von der Vormünderin nicht im Namen der Verletzten gestellt ist. Wäre aber das Protocoll Blatt 13 der Strafacten dahin auszulegen, dass der Antrag „im Namen und aus dem Rechte" der Verletzten gestellt sei, so würde alsdann der Revision darin beizutreten sein, dass bei Geschäftsfähigkeit der Verletzten dieser gegenüber die Antragsfrist bereits vor dem 30. October abgelaufen, mithin der an diesem Tage gestellte Antrag verspätet war.

Danach musste das Urtheil, soweit dasselbe eine Verurtheilung aus § 185 St. G. B.'s ausspricht, aufgehoben, im übrigen aber, da die Verurtheilung aus § 176 durch den Verstoss gegen § 65 in keiner Richtung beeinflusst ist, die Revision verworfen werden.

— In der elften Sitzung des niederösterreichischen Landtages vom 9. Juli d. J. wurden von Seiten des Verwaltungsausschusses folgende Anträge gestellt und vom Landtage unverändert angenommen:

„1. Der Bericht des niederösterreichischen Landesausschusses über die Verhandlungen mit der k. k. Regierung wegen Abtretung der Landes-Irrenanstaltsrealität im neunten Wiener Gemeindebezirke zum Zwecke des Neubaues von Kliniken wird genehmigend zur Kenntniss genommen.

2. Der niederösterreichische Landesausschuss wird ermächtigt, auf Grund der mit diesem Berichte mitgetheilten Bedingungen mit der Staatsverwaltung, bezw. dem Wiener Krankenanstaltenfonds einen Vertrag wegen Abtretung der Irrenanstaltsrealität im neunten Wiener Gemeindebezirke abzuschliessen.

3. Der niederösterreichische Landesausschuss wird ermächtigt, einen geeigneten Grundcomplex zur Unterbringung je einer Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke für zusammen 2000 Kranke zu erwerben, das Erforderliche wegen Errichtung der beiden Anstalten sofort vorzukehren und den zum Grundankaufe, sowie zur Baueinleitung erforderlichen Betrag dem Kaufschilling für die Irrenanstaltsrealität im neunten Wiener Gemeindebezirke zu entnehmen. Ueber das diesbezüglich Veranlasste ist dem Landtage in der nächsten Session Bericht zu erstatten. . . . ."

Referate.

— P. Penta. Alcuni appunti sulle pazzie dei carcerati Riv. mensile di psichiatria forense, antropologia criminale e scienze affini. Anno III, num. 12.

Verf. erwähnt zunächst eine von der Regierung der Schweiz veranlasste und unter der Leitung von Laharpe durchgeführte Untersuchung, die ergab, dass $^2/_3$ aller in den Schweizer Strafanstalten beobachteten Seelenstörungen schon vor der Unterbringung der betr. Personen in die Gefängnisse bestanden hatten. Weiterhin haben zahlreiche Fachschriftsteller übereinstimmend festgestellt, dass die Zahl der verurtheilten Geisteskranken ausserordentlich gross ist und dass es keine besondere Gefängnisspsychose giebt.

Verf. unterscheidet zwischen Geisteskranken, die sich Vergehen zu Schulden kommen lassen, und zwischen Verbrechern, die geisteskrank werden. Die Ersteren theilt er ein 1. in solche, die als geisteskrank erkannt, freigesprochen und in eine Irrenanstalt gebracht werden, 2. in solche, die trotz des Gutachtens eines Arztes oder weil dasselbe unzulänglich war, verurtheilt werden und 3. in solche, bei denen der Richter nicht den geringsten Verdacht auf das Bestehen einer Geisteskrankheit hegte. Die beiden letzten Gruppen sind häufiger als die erste, die dritte wieder häufiger als die zweite.

Die Fälle der 2. und 3. Unterabtheilung haben



gezeigt, wie wenig die Richter und besonders die Vertheidiger Kenntniss der Geistesstörungen besitzen. Verf. hat gefunden, dass, wenn ein Vertheidiger über den Geisteszustand seines Klienten im Zweifel war und das Gutachten eines Sachverständigen verlangte, stets eine ganz deutlich ausgesprochene Geistesstörung vorlag.

Verf. hat schon wiederholt gefordert, dass an stark belegten Justizgefängnissen ein Arzt als ständiger Beamter angestellt wird, dessen Thätigkeit darin bestehen soll, möglichst alle neu Aufgenommenen, wenigstens aber alle schweren Verbrecher, die rückfälligen, die Leidenschaftsverbrecher und diejenigen, die gegen das Schamgefühl und die gute Sitte verstossen haben, auf ihren Geisteszustand zu untersuchen und bei allen in Betracht kommenden Behörden über das Vorleben und die Familie jedes Angeklagten nachzuforschen. Seine Rechte und Pflichten sollen genau festgelegt sein und ihm sollen alle Hilfsmittel zur psychiatrischen Untersuchung zur Verfügung stehen.

Verf. hat beobachtet, dass Paranoiker im ersten Stadium, die anscheinend durch die Strafhaft erkrankten, in ihrer Krankheit nur eine Weiterentwickelung, höchstens aber eine Beschleunigung derselben und eine Anpassung der Wahnideen und Sinnestäuschungen an ihre Umgebung erfuhren. Bei zahlreichen derartigen Fällen hat Verf. im Vorleben der Betr. die ganze Entwickelung der Krankheit verfolgen können. 4 Fälle werden beschrieben. Im Gefängniss zu St. Stefano hat er unter 200 Verurtheilten allein 7 Fälle festgestellt.

Fälle von psychischer Degeneration, die in anderer Umgebung die verschiedensten Formen der Geistesstörung hätten annehmen oder überhaupt latent bleiben können, zeigen sich im Gefängniss zumeist als moralisch Schwachsinnige. Verf. hat bei Einigen, die zu Streit und Auflehnung neigten, als er ihr Vorleben erforschte, Schwachsinn, der schon in der Jugend bestand und besonders auf sittlichem Gebiet hervortrat, feststellen können. Diese Fälle haben beigetragen zur Aufstellung der Lehre von dem geborenen Verbrecher, einem Typus, den er für ein Kunstprodukt hält, das entstanden ist, durch „unsere Unkenntniss und die Unvollkommenheit unserer Untersuchungen.“

Häufig erfahren Epileptische, die vor der Verurtheilung selten oder garnicht an Krampfanfällen litten, aber jähzornig und von bösartigem Character waren, durch die Haft in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlimmerung in ihrer Krankheit, so dass sie als geisteskrank erkannt werden, nachdem sie noch vor wenigen Monaten oder einem Jahr für strafrechtlich verantwortlich gehalten worden waren.

Im zweiten Theil seiner Arbeit bringt Verf. seine Beobachtungen über die durch die Haft geisteskrank gewordenen Verbrecher, die an Zahl weit geringer sind als die schon zur Zeit der That geisteskranken. Auch nach des Verf. Erfahrung ruft die Haft keine besondere Form der Geisteskrankheit hervor. Aus einer Statistik von über 5000 Beobachtungen hat sich dem Verf. ergeben, dass unter denjenigen, die schon lange Zeit im Gefängniss waren, die Leute von kleiner Statur an Zahl überwogen, dass die Sträflinge, die vor dem 20. Lebensjahr die Strafe antraten, selten die mittlere Grösse erreichten, und dass der Lombroso'sche Typus sich häufiger vorfand bei solchen, die schon eine längere Zeit verbüsst hatten, als bei solchen, die sich erst kurze Zeit in der Haft befanden. Bei Sträflingen, die schon eine lange Strafzeit hinter sich hatten, bemerkte Verf. die Körperveränderungen des senium praecox, ferner eine besondere Art von allmählich fortschreitendem Schwachsinn, der sich äusserte in dem Mangel jeder Initiative, in geistigem Automatismus, in der Unmöglichkeit gewisse Gewohnheiten zu wechseln, in dem Auftreten der seltsamsten Vorurtheile und des lächerlichsten Aberglaubens, in den Versuchen, die schwierigsten Probleme der Mechanik zu lösen u. A., und der sich auch darin zeigte, dass Sträflinge nach ihrer Entlassung wünschten, in die Strafanstalt zurückzukehren. Hand in Hand damit ging ein Verkümmern der ethischen und affectiven Seite der psychischen Persönlichkeit. Selten hat Verf. unter den übrigen Geistesstörungen progressive Paralyse beobachtet, die durch das Ringen um die Existenz, Ueberarbeitung, Ausschweifungen jeder Art, kurz durch alle jene Bedingungen hervorgerufen wird, die es im Gefängniss nicht giebt.

Dass der lange dauernde, ununterbrochene Aufenthalt in der Zelle von schädlichem Einfluss ist, ist längst erwiesen, aber erst im Jahre 1900 auf einem Congress für Strafanstaltswesen in Paris von verschiedenen Leitern von Strafanstalten bestritten worden. Verf. beklagt es, dass Männer, die so wenig Kenntniss von Psychiatrie und Anthropologie besitzen, über das Wohl und Wehe der Gefangenen zu entscheiden haben.

In der Zelle wird das Auftreten von Hallucinationen und Illusionen, die sich meist des Nachts einstellen, begünstigt und die Gefangenen werden antisozial. Verf. berichtet von zwei Fällen, die nach 4 bezw. $2^1/_2$ Jahren aus der Zelle in gemeinsame Haft gebracht wurden, und sich sofort an ihrer Umgebung vergriffen. In der Strafanstalt zu St. Stefano wurden Gefangene, die sich neue Vergehen zu Schulden kommen liessen, ohne Weiteres auf 4—5 Jahre in der Zelle eingeschlossen. Verf. führt ferner drei Fälle an, von denen zwei während der Zellenhaft Todtschlag begingen, nachdem sie auf die schlaueste Weise die Wachsamkeit der Aufseher getäuscht hatten. Fast alle Angriffe, die in verschiedenen italienischen Strafanstalten gegen die Directoren, die übrigen Angestellten und die Aerzte ausgeführt wurden, gingen aus von Gefangenen, die sich in Zellenhaft befanden.

Braune-Schwetz a. W.

— Düms, Fr. A. Handbuch der Militärkrankheiten. Dritter Band. Die Krankheiten der Sinnesorgane und des Nervensystems einschliesslich der Militärpsychosen. Leipzig. Verlag von Arthur Georgi. 1900. 662 S. Preis br. Mk. 12,50.

Man kann bei obigem Titel des Handbuchs die Frage aufwerfen, ob es rathsam und berechtigt ist, die heute schon in hinreichendem Maasse bestehende Zersplitterung unserer Litteratur durch derartige Unternehmungen zu befördern. Man wird aber angesichts des vorliegenden Buchs, glaube ich, diese Frage be-



jahen dürfen, auch wenn nur auf den uns interessierenden Theil, die Neurosen und Psychosen, Bezug genommen wird. Nicht nur ist hier die Aetiologie des Leidens eigenartig, für welches der Einfluss des Dienstes und der militärischen Verhältnisse in Betracht kommt, sondern auch die Beurtheilung der Krankheiten hinsichtlich ihres Einflusses auf die Dienstfähigkeit ist nicht die gewöhnliche.

Dass der Militärarzt vielfach keine bestimmte Diagnose beim Vorliegen von Psychosen zu stellen braucht, da für die Annahme der Dienstuntauglichkeit der blosse Nachweis einer Geisteskrankheit genügt, könnte man angesichts der heute bestehenden Uneinigkeit in unserer klinischen Terminologie fast mit Freuden begrüssen. Es würde aber unrichtig sein, daraus zu schliessen, V. habe sich die Aufgabe recht leicht gemacht. Im Gegentheil, er entwirft von den für den Militärarzt in Betracht kommenden Psychosen recht anschauliche Bilder, zieht treffende Beispiele heran und berücksichtigt eingehend die Differentialdiagnose. Mit Geschick weiss die Darstellung den verschiedenen Strömungen unserer heutigen Anschauung gerecht zu werden. Dass der dementia präcox eine eingehende Würdigung zu Theil wird, ist sicherlich sehr angebracht. Denn selbst wenn man nicht auf dem Kräpelin'schen Standpunkte steht, so wird doch die blosse Kenntniss dieser so eigenartigen Symptomencomplexe mit ihren vielfachen Widersprüchen den Sachverständigen vor einer falschen Beurtheilung zu schützen im Stande sein. Dass gar manche sogenannte Simulanten geradezu classische Beispiele dieser Form sind, das braucht hier nicht weiter bewiesen zu werden.

Auf Einzelheiten hier einzugehen verbietet fast der Character des Buches.

Ref. ist überzeugt, dass eine ausgiebige Verwerthung in der Hand des Militärarztes eine zutreffende Beurtheilung nerven- oder geisteskranker Soldaten oder Offiziere ermöglicht, die wir bisher oft genug vermissen. Man wird dem V. nur darin beistimmen können, dass bei der Beurtheilung, solcher objectiv nicht immer nachweisbarer Zustände die enge Fühlung des Militärarztes mit der Truppe von grösster Bedeutung ist. Sehr nachahmenswerth erscheint der Vorschlag, dass jeder Recrut sehr bald nach seinem Eintritt beim Militär seinen Lebenslauf schreiben soll, der auch dem Militärarzte zugänglich sein muss. Ebenso wird man mit dem Verf. der Ansicht sein, dass in vielen Fällen eine nicht allzustrenge Auffassung und Beurtheilung eher dem Wohle des Einzelnen wie des Ganzen gerecht wird.

Wenn auch die flüssig und klar geschriebene Schrift in erster Linie für den Militärarzt bestimmt ist, so wird sie nach des Ref. Ueberzeugung auch vom Nicht-Miltärarzt mit Interesse, Vergnügen und Nutzen gelesen werden.

Ernst Schultze-Andernach.

— Die Trunksucht als Krankheit und ihre Behandlung von Dr. Wilhelm Bode. Weimar 1901. W. Bode's Verlag.

Die Broschüre, von einem Nichtarzt geschrieben, giebt in allgemein verständlicher, fasslicher Weise Aufklärung über das Wesen der Trunksucht als Krankheitsform, schildert im engen Anschluss an die von der Psychiatrie aufgestellten Symptomenlehre zutreffend die psychischen Veränderungen bei Trinkern sowie die sich entwickelnden eigentlichen Geisteskrankheiten und legt die zur Heilung erforderlichen Bedingungen klar. Neben dem Vorschlag zur Theilnahme an der Abstinenz-Propaganda werden die Trinkerheilanstalten in ihrer Wirksamkeit genügend berücksichtigt und für das deutsche Sprachgebiet namentlich aufgeführt. In anzuerkennender Weise wird besonders vor dem Treiben gewisser Trunksuchtsspezialisten und deren nur auf Ausbeutung berechnetem Kurpfuscherthum gewarnt. Das Schriftchen ist zur Aufklärung für weitere Kreise geeignet. —th.

— A preliminary communication with projection-drawings, illustrating the Topographie of the Paracoeles in their relations to the surface of the cerebrum and the cranium by Edward A. Spitzka. S.-A. aus dem New-York Medical Journal. Februar 1901.

Verf. weist auf die Wichtigkeit einer genauen Kenntniss der topographischen Beziehungen der Seitenventrikel zur Gehirn- und Schädeloberfläche bei Vornahme chirurgischer Eingriffe (z. B. der Punction, der Drainage, der medicamentösen Injectionen) hin, theilt kurz seine bei zwei Erwachsenen gewonnenen Untersuchungsergebnisse mit und fügt als wichtigsten Bestandtheil der kleinen Arbeit 6 lehrreiche Projectionsbilder bei. Hahn-Hubertusburg.

Bibliographie.

Journ. of Mental Pathology Juni 1901:

Robinovitch: Idiot und Imbecile Children.

Spitzka: A. Contribution to the Fissural Integrality of the Paroccipital; Observations Upon One Hundred Brains.

P. Farez: Suggestion During Natural Slepp.

P. Serieux and F. Farnarier: A Case of Verbal Blindness and Deafness and an Autopsy on the Body.

Psychiatry in the Twentieth Century.

On the Question of Women Attendants in the Men's Wards for de Insane.

— **Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien** hält am 11. und 12. October d. J. eine wissenschaftliche Wanderversammlung in Wien ab. Aerzte sind als Gäste willkommen. Vorträge sind bis zum 1. September an die Adresse: „Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, IX. Alserstrasse 4“ anzumelden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 19. 3. August. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ergebniss der Sammelumfrage betreffend die einheitliche Gestaltung der Anstalts-Jahresberichte.*)

1. Ueber ihre freundliche Aufforderung beehre ich mich, in Beantwortung der Sammelumfrage, betreffend Format und Inhalt der Jahresberichte der Irrenanstalten, Folgendes mitzutheilen:

Was zunächst die Anregung des Herrn Primararztes Dr. Starlinger betreffs der Einführung eines einheitlichen Formates der Irrenanstaltsberichte anbelangt, so ist diese Anregung nur sehr zu begrüssen.

Ich gelange in meiner Eigenschaft als Hilfsorgan des niederösterreichischen Landesausschusses für die Administration der Landes-Wohlthätigkeitsanstalten in den Besitz der Jahresberichte der Irrenanstalten (auch der nicht deutschen) fast der ganzen Welt und empfinde es als einen wesentlichen Uebelstand, dass die Sammlung der Berichte in Folge ihrer verschiedenen Formate ziemliche Ungelegenheiten bereitet. Es ist daher eine Einheitlichkeit des Formates sicherlich sehr wünschenswerth. Es ist aber zu erwägen, dass eine Aenderung der Formate der Jahresberichte der Irrenanstalten keineswegs immer in der Competenz der Anstaltsdirectionen, ja selbst nicht immer in jener der Decernate gelegen ist, weil die Berichte der Irrenanstalten, wie dies beispielsweise beim Berliner Magistrat und beim niederösterreichischen Landesausschusse der Fall ist, Beilagen der allgemeinen Amtsberichte bilden, und daher an das Format der Amtsberichte gebunden sind. Eine Aenderung der Formate der Jahresberichte wäre speciell in Niederösterreich unmöglich, weil die Amtsberichte des niederösterreichischen Landesausschusses wieder Beilagen zu den stenographischen Protokollen der Landtagsverhandlungen bilden. Es wird daher die Einführung eines einheitlichen Formates auf einige Schwierigkeiten stossen.

Was die Anregung des Herrn Dr. Max Fischer betreffs der einheitlichen Gestaltung des Berichtsinhaltes anbelangt, so ist vom administrativen Standpunkte gegen die vorgeschlagene Eintheilung im Allgemeinen nicht nur nichts einzuwenden, sondern es ist dieselbe im Interesse einer leichteren Auffindung von Berichtsangaben nur zu begrüssen. Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten werden jedoch

*) Mit Genehmigung des Verfassers des in voriger Nr. erschienenen Artikels „Die einheitliche Gestaltung der Anstalts-Jahresberichte", Herrn Dr. Fischer-Illenau, wurde dieses Thema zum Gegenstand einer Sammelumfrage gemacht; den Einsendern der nachstehend abgedruckten Aeusserungen wird hiermit herzlicher Dank gesagt. Anderweitig noch beabsichtigte Antworten wolle man recht bald in Druck geben. Red.



für die Abtheilung 7 des vorgeschlagenen Schemas, „Verwaltungsergebnisse“, Material zu liefern nicht in der Lage sein. Die Berichte der niederösterreichischen Landesirrenanstalten haben zufolge eines Landtagsbeschlusses jeweilig die Zeit vom 1. Juli bis 30. Juni des darauffolgenden Jahres zu umfassen, weil die Tagung des Landtages in der Regel in der zweiten Hälfte eines jeden Jahres stattfindet, und daher die Berichterstattung zu sehr im Rückstande bliebe. Um den Anstalten die Umarbeitung der statistischen Daten zu ersparen, wurde die Einführung getroffen, dass der fachlich-statistische Theil das Solarjahr und der Bericht über besondere Vorkommnisse und Verfügungen die Zeit vom 1. Juli bis 30. Juni zu behandeln habe. Bis 30. Juni liegen aber die Rechnungsabschlüsse der Anstalten für das vorhergehende Jahr noch nicht vor, und ist es daher unmöglich, den Jahresberichten die Verwaltungsergebnisse beizuschliessen. Die Rechnungsabschlüsse einzelner Anstalten werden eben in Niederösterreich nicht von den Anstalten selbst, sondern in der Centrale verfasst, weil grössere Zahlungen für die Anstalten in der Centrale geleistet werden. Es hängt dies mit dem durchwegs auf kaufmännischer Basis eingerichteten Betriebe der Anstalten zusammen. Die Irrenanstalten sind Mitglieder des Clearingsverkehres des k. k. Postsparkassenamtes, und werden die Zahlungen für dieselben mittelst Check geleistet. Die Zinsenbeträge, welche durch die Centralisirung des Geldgeschäftes alljährlich gewonnen werden, sind ziemlich beträchtliche und fallen für das Landesbudget ins Gewicht.

Soweit es irgend möglich ist, wird sicherlich auch der niederösterreichische Landesausschuss als Verwaltungsbehörde für die öffentlichen Landes-Irrenanstalten in Niederösterreich die Anregungen der Herren Primararzt Dr. Starlinger und Dr. Fischer, wenn dieselben seitens der Mehrzahl der öffentlichen Irrenanstalten gutgeheissen werden sollten, fördern. Ohne der diesbezüglichen Entscheidung meiner vorgesetzten Behörde vorgreifen zu wollen, glaube ich aber jetzt schon bemerken zu können, dass eine Abweichung von dem bisherigen Berichtsformate der Irrenanstalten und der Anschluss einer ziffernmässigen Darstellung der Verwaltungsergebnisse an die Berichte kaum durchführbar sein wird.

Fedor Gerényi,
administrativer Inspector für die niederösterr. Landes-Wohlthätigkeitsanstalten und Leiter d. nied.-österr. Landes-Armenbureau.

---

2. Eine einheitliche Gestaltung würde den Jahresberichten erst den rechten Werth geben, aber der Verwirklichung dieser Idee stellen sich vor Allem dadurch Schwierigkeiten entgegen, dass in einer sehr grossen Zahl von Fällen nicht die Anstalten, sondern die Verwaltungsbehörden die Drucklegung bewerkstelligen und die Berichte sehr oft Theilabdrücke aus grösseren Verwaltungsberichten sind. So wird der Wunsch Starlinger's nach einheitlichem Format und so wird der Wunsch Fischer's, das Berichtsjahr einheitlich laufen zu lassen, schwerlich zu erreichen sein. Man muss es schon angenehm empfinden, dass wenigstens einzelne Staats-, Provinzial- und Stadtbehörden die Berichte über sämmtliche ihnen unterstellte Anstalten in einem Heft vereinigen.

Ueber die innere Gestaltung der Berichte würde sich eher Einheitlichkeit erzielen lassen, am Leichtesten, wenn der Verein der deutschen Irrenärzte die Sache in die Wege leitete. Auf die einzelnen Punkte der Zusammenstellung Fischer's einzugehen, hat noch nicht viel Zweck, nur das möchte ich erwähnen, dass die Abschnitte II und III doch wohl nicht in jedem jährlichen Berichte unverkürzt wiederzukehren brauchen.

Peretti (Grafenberg).

---

3. So sehr es zu begrüssen wäre, wenn die Anstalts-Jahresberichte einheitlicher Gestalt würden, so wird sich dieser Gedanke wohl kaum so rasch verwirklichen lassen. Nicht alle Anstalten geben bisher alljährliche und selbständige Jahresberichte heraus; mehrere derselben sind durch Verordnungen ihrer Regierungen oder durch Verträge an eine bestimmte Form der Berichterstattung gebunden. So wenig diese Hindernisse unüberwindlich sind, so erfordert ihre Regelung im Einverständnisse mit den maassgeblichen Factoren doch eine gewisse Zeit, so dass es sich wohl empfehlen dürfte, alsbald einen bestimmten Termin in's Auge zu fassen, von dem ab erst die einheitliche Berichterstattung zu beginnen hätte. Nothwendigerweise müssten zugleich identische Berichtsjahre gewählt werden.

Der specielle Vorschlag von Dr. Max Fischer enthält sub I — III Rubriken, von denen nur etwaige Aenderungen im Laufe des Berichtsjahres in den Anstaltsbericht aufzunehmen sein dürften. Die stabilen Verhältnisse werden besser in Laehr, Heil- und Pflegeanstalten, eventuell in Kalendern zusammengestellt. Nur dort wird sich für sie Vollständigkeit und Uebersichtlichkeit erreichen lassen.

Director Dr. Kreuser.

---

3. Ihre Sammelumfrage, die einheitliche Gestaltung der Jahresberichte betreffend, ist zwar sehr verdienstlich, aber sehr undankbar. Wenn die vorgesetzten



Behörden sich nicht einigen und befehlen, dass überall in gleicher Weise berichtet werden soll, wird Nichts zu erreichen sein. Von vielen Direktoren wird den Jahresberichten gar kein Werth beigelegt, sie schreiben Nichts in die ihrigen hinein und es ist ihnen gleich, was in andren steht. — Die Eintheilung erscheint mir zu ausführlich und umfangreich. Man könnte in dieser Weise einmal berichten, aber jedes Jahr dasselbe wiederholen, ist überflüssig. Z. B. die Angaben unter III und theilweise unter IV. Auch erscheint es nicht nöthig unter No. V alle Angaben vom Bestand zu machen, da alle Jahresberichte, die über die einschlägigen Verhältnisse des Zuwachses das Nöthige enthalten, zusammengenommen darüber die Aufschlüsse geben. V E, V c 5 C und D, V 6 C D, VI und VII erfordern nur ganz summarische Angaben und sind in der gewünschten Ausführlichkeit kaum zu schaffen, über VII giebt der Abschluss der Kassenrechnung genügende Auskunft. Die hiesigen Jahresberichte habe ich seither peinlich ausführlich gestaltet, hatte mir aber vorgenommen, sie mehr zu comprimiren. Sollte eine Einigung zu Stande kommen, würde ich mich natürlich unterwerfen. Dr. Kroemer.

---

4. Ich halte die Anrege in Sachen „einheitliche Gestaltung der Anstaltsberichte" für eine sehr zweckmässige, fürchte indessen, dass das vorgelegte Schema des Herrn Fischer vorläufig viel zu complicirt ist.

Dr. Wattenberg.

---

5. In Bezug auf die von Ihnen angeregte Sammelumfrage stimme ich vollständig darin bei, dass eine Uniformirung der Anstaltsberichte im Interesse der besseren Einsicht und Verwendbarkeit sehr wünschenswerth wäre.

Ich selber habe im Anfange der 70er Jahre gelegentlich eines Stefansfelder Verwaltungsberichtes einen solchen Versuch, d. h. den Vorschlag einer einheitlichen Berechnung gemacht; ob er Nachfolge gefunden hat, weiss ich nicht.

Hier möchte ich nur einigen Bedenken Ausdruck geben und ich lege ihnen die hiesigen, d. h. die spezifisch rheinischen Verhältnisse zu Grunde.

Wir erstatten unsere Berichte der Provinzial-Verwaltung, die sie auch drucken und versenden lässt. Wir sind somit an deren Vorschriften gebunden, und unser Etatsjahr läuft vom 1. April bis Ende März.

Ebensowenig, wie wir dies ändern können, können wir die Berichte beliebig gestalten, und ich bezweifle sehr, dass eine so umfangreiche Fragestellung den Beifall meiner Behörde finden würde. Ob der Anstaltsdirectoren?

In diesem Umfange wohl kaum, da die verschiedenen Fragen ebensoviele verschiedene Listen erfordern und die ohnehin schon recht reichliche Schreib-Arbeit ausserordentlich vermehren würden.

Glauben Sie, dass wir uns so sans phrase über ein neues Schema der Psychosen einigen werden?

Ich hoffe daher das beste für Ihren Versuch und bekenne mich neugierig auf seinen Erfolg.

Vielleicht findet sich eine Commission zu seiner Verwirklichung, für die ich nur den einen Wunsch habe, dass ich nicht dazu gehören werde.

Pelman.

---

6. Die einheitliche Gestaltung der Anstaltsjahresberichte, nach einem nur annähernd so umfangreichen Schema wie das vorstehende, halte ich für undurchführbar. Delbrück-Bremen.

---

7. Für Westfalen sind bezüglich der Jahresberichte seitens des Herrn Landeshauptmanns bestimmte Vorschriften über die Anordnung des Inhaltes erlassen, von denen einstweilen wohl nicht abgewichen werden darf. Direktor Dr. Backenköhler.

---

8. Stabile Verhältnisse, wie Character der Anstalt und Aufnahmeverfahren, gehören meines Erachtens in einen Führer durch die Anstalten und nicht in einen Jahresbericht. Die jährliche Wiederholung bildet eine Verschwendung von Druckmaterial und Platz.

Was ist constitutionelles Entartungsirresein?

Der Jahresbericht des Burghölzli bildet einen Theil des Rechenschaftsberichts des Regierungsrathes und muss dessen Format haben. Ob man uns einen besonderen Druck gestattet, ist fraglich. Unsre Buchhaltung und ihr entsprechend das Rechnungsergebniss muss nach einem für alle staatlichen Anstalten gleichen Schema angeordnet werden. In dieser Beziehung lässt sich also nichts ändern.

Burghölzli, Zürich.

Bleuler.

(Fortsetzung folgt.)



Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 9.)

Erkenntniss des Oberlandesgerichts zu Cassel.

In Sachen des Schlossers X. in Z., Klägers und Berufungsklägers gegen seine Ehefrau, vertreten durch ihren Vormund, Beklagte und Berufungsbeklagte, wegen Ehescheidung, erkennt der 1. Civilsenat des Oberlandesgerichts zu Cassel unter Mitwirkung folgender Richter . . . . . für Recht: Auf die Berufung des Klägers wird das Urtheil der 2. Civilkammer des Landgerichts in Cassel vom . . . . 1898 dahin abgeändert: Die unter den Streittheilen am . . . 1894 geschlossene Ehe wird geschieden. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Thatbestand.

Kläger hat gegen das Urtheil der 2. Civilkammer des Königlichen Landgerichts in Cassel vom . . . 1898, durch welches die Klage abgewiesen worden ist, Berufung eingelegt. Das Urtheil und die Berufungsschrift sind der Beklagten am . . . 1900 zugestellt worden.

Kläger hat das Sachverhältniss so vorgetragen, wie es in dem hiermit in Bezug genommenen Thatbestand des angefochtenen Urtheils dargestellt ist und dessen Entscheidungsgründe mitgetheilt.

Er beantragt danach,

unter Aufhebung des ersten Urtheils die von den Parteien am . . . 1894 vor dem Standesbeamten in Y. geschlossene Ehe dem Bande nach zu trennen.

Er behauptet, die Beklagte habe im Jahre 1895 eine Frühgeburt zu überstehen gehabt und sei dabei an Puerperalfieber erkrankt. Bald darauf habe die Geisteskrankheit der Beklagten begonnen und habe sich in einem Maasse verschlimmert, dass die Beklagte im . . . 1896 bereits das Krankheitsbild vorgeschrittener Demenz gezeigt habe. Sie sei am . . . 1896 deshalb in die Irrenheilanstalt zu A. gebracht und nach kurzer Zeit aus dieser ungeheilt entlassen worden. Im Jahre 1897 sei die Beklagte wieder in diese Anstalt gebracht und am . . . 1898 von da in das Landeshospital zu B. überführt worden. Die Geisteskrankheit ist unheilbar. Aus diesen Thatsachen ergebe sich, dass die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sei.

Die Beklagte bestreitet diese Eigenschaften der Krankheit und beantragt:

Verwerfung der Berufung und Verurtheilung des Klägers und Berufungsklägers in die Kosten beider Instanzen.

Die beigefügten Acten des Königlichen Amtsgerichts Abth. 2 zu Cassel, betreffend die Entmündigung der Beklagten wegen Geisteskrankheit, sind zum Gegenstand der Verhandlung gemacht und das daselbst Bl. 11—14 befindliche ärztliche Gutachten ist vorgetragen worden. Auf dieses Schriftstück wird Bezug genommen. Auf Grund der Beweisbeschlüsse vom . . . 1900 sind der Professor R. zu A. und der Director des Landeshospitals zu B., Dr. med. K., durch Ersuchen ihrer Heimathsgerichte als Sachverständige vernommen. Auf ihre Aussagen, welche vorgetragen sind, wird Bezug genommen. Das letzte Gutachten des Professors R. ist auf Grund mehrwöchentlicher Beobachtung der zu diesem Zweck in die Irrenheilanstalt nach A. überführt gewesenen Beklagten erstattet.

Im heutigen Termin haben Parteien ihre früheren Anträge wiederholt.

Entscheidungsgründe.

Die eingelegte Berufung ist begründet.

Die Beurtheilung, welche das erstinstanzliche Urtheil zur Abweisung der Klage geführt hat, kann für die Entscheidung der Berufungsinstanz einer Prüfung entzogen bleiben, da das inzwischen in Kraft getretene Bürgerliche Gesetzbuch den Rechtsfall den in ihm getroffenen Bestimmungen unterstellt (vergl. Art. 201 des Einführungsges. zum B. G. B.).

Nach § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuchs kann nun auf Scheidung geklagt werden, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Diese Voraussetzungen der Scheidungsklage sind im vorliegenden Falle gegeben.

Die Beklagte ist, nachdem sie am . . . 1896 zum ersten Mal in die Irrenheilanstalt zu A. gebracht war, gegen ärztlichen Rath nach etwa 14 Tagen von dem Kläger dort wieder abgeholt, musste aber am . . . 1897 der genannten Anstalt wieder zugeführt werden, von wo sie im . . . 1898 in die Irrenbewahranstalt zu B. als unheilbar aufgenommen wurde, in der sie bis jetzt



verblieben ist. Während des danach mehr als dreijährigen Zeitraums ärztlicher Beobachtung hat die Beklagte ununterbrochen die von den Sachverständigen beschriebenen Krankheitserscheinungen der fortgeschrittenen Verblödung (sekundären Schwachsinns) gezeigt. Dieser Zustand hat zur Folge, dass die Beklagte, das hier in Betracht stehende eheliche Verhältniss anlangend, völlig ausser Stande das Denken und Empfinden des Klägers so zu verstehen, wie es das eheliche Zusammenleben erfordert, und dass sie auch eine nur allgemeine Vorstellung von den aus dem Wesen der Ehe sich ergebenden Pflichten nicht hat. Dieses ist besonders bei der Begegnung der Beklagten mit dem Kläger in der Irrenanstalt zu A. am . . . 1900, wie dieselbe seitens des Sachverständigen R. geschildert wird, zu Tage getreten.

Eine geistige Gemeinschaft unter den Ehegatten ist daher nicht mehr vorhanden, da das . . . Bewusstsein von dem Bestehen des ehelichen Bandes, das der Sachverständige R. ihr zuspricht, die Voraussetzung geistiger Gemeinschaft nicht erfüllt.

Wenn der Sachverständige K. zwar die Annahme der Unheilbarkeit theilt, eine Besserung aber insofern für möglich hält, als bei Aufhellung des Bewusstseins der Beklagten ein Zustand mittleren Grades von Schwachsinn zurückbleibe . . . und der Meinung ist, dass dieser Grad von Schwachsinn die Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft unter den Ehegatten nicht ausschliesse, so hat das Gericht doch auch im Hinblick auf das von dem Sachverständigen R. bezeichnete Verhalten der Beklagten ihrem Ehemann gegenüber angesichts der langen Dauer der Krankheit sich dem Standpunkt dieses Sachverständigen dahin angeschlossen, dass Gewissheit für die fernere Ausschliessung geistiger Gemeinschaft in dem gekennzeichneten Sinne vorliegt.

Die Klage war daher nach § 1569 B. G. B. gerechtfertigt und die Ehescheidung auszusprechen. Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 C. P. C.

Mittheilungen.

— In den Tagen vom 17. bis 20. September findet in Elberfeld die 10. Konferenz für das Idiotenwesen und die Schulen für schwachsinnige Kinder statt.

— **Zur Sectionsfrage.** In vielen schweizerischen Kantonen (ich weiss nicht ob in allen), sind die Aerzte der kantonalen Krankenanstalten, also auch die der Irrenanstalten, durch das Reglement der Anstalt verpflichtet, in jedem Todesfalle die Section zu machen und darüber Protocoll zu führen. Wer sich oder einen Angehörigen in eine solche Anstalt aufnehmen lässt, unterwirft sich durch diese Thatsache dem Reglement. Es wird also in jedem Falle eine Section von Amts wegen gemacht, und die einfälligen Einsprüche, die an andern Orten, oft nur aus kleinlichem Uebelwollen gegen die Wissenschaft und ihre Vertreter gemacht wurden, fallen vollständig weg. Die Angehörigen interessiren sich in vielen Fällen für das Resultat der Section. Dass Angehörige sich in ihrer Pietät verletzt gefühlt hätten, habe ich in 20jähriger Praxis nicht erlebt. In den wenigen Fällen, wo die Sache überhaupt zur Sprache kam, haben einige aufklärende Worte über die Gründe dieser Einrichtung vollständig genügt.

Liesse sich diese ideale Ordnung der Angelegenheit nicht auch an andern Orten einführen?

Bleuler, Burghölzli.

— **Aus Elsass-Lothringen.** Die reichsländische Aerztekammer hatte eine Reihe ihrer Mitglieder mit Gutachten über die in Elsass-Lothringen nothwendigen Veränderungen auf dem Gebiete des Irrenwesens betraut. Die Veröffentlichung derselben geschieht jetzt im „Archiv für öffentliche Gesundheitspflege in E. L.“ Die Referate bringen zwar keine neuen Gesichtspunkte bei, dürften jedoch im Allgemeinen den Beifall der Fachkreise finden.

Die Herren König und Köchlin betonen das dringende Bedürfniss der Errichtung einer Anstalt im Ober-Elsass. Infolge der zunehmenden Ueberfüllung von Stephansfeld müssen viele Kranke monatelang in den Spitälern bleiben; ein grelles Licht auf die dort bestehenden Verhältnisse wirft die Bemerkung, dass die Isolierzellen im Colmarer Spital (!) „Raubthierkäfigen“ glichen. Erfreulich ist, dass hier auch von nicht-psychiatrischer Seite der Wunsch nach Beschränkung der Aufnahme-Formalitäten ausgesprochen wird. Lothringen bedarf zur Entlastung von Saargemünd einer Pflegeanstalt.

Prof. Biedert (Hagenau) hält nach Inspection der Filiale Hördt den Ausbau derselben zur Landespflegeanstalt für möglich und zweckentsprechend. Gleichzeitig könnten die geisteskranken Verbrecher dort untergebracht werden.

Die die Fürsorge für Epileptiker behandelnden Referate fordern eine Anstalt für epileptische Kinder einerseits, für unheilbare, trunksüchtige und gefährliche Epileptiker andererseits. Ueber die nöthige Grösse finden sich keine Angaben. Die bestehenden Privat-Institute in Oberhofen und Sennheim sind durchaus unzulänglich.

Auch über die Grösse eines zu erbauenden Trinkerasyls liegen keine bestimmten Vorschläge vor. Herr Bostettu (Brumath) hält 50 Plätze für das Minimum, während Pawollek allein in Lothringen 125 Trinker

als „reif für die Trinkerheilanstalt“ findet. Von Interesse ist, dass sich in Lothringen ca. 800 Trinker auf der „Schnapsliste“ finden; für die übrigen Bezirke fehlen die Angaben. Zu erwähnen ist noch, dass von Dietz-Bare eine Statistik der Epileptiker empfohlen wird, deren Sichtung durch die Kreisärzte stattfinden solle.

Die Kammer hat sich den Gutachten ihrer Referenten angeschlossen. Sie bezeichnet den Neubau einer Irrenanstalt im Ober-Elsass und einer Landestrinkerheilanstalt als nothwendig, den einer Epileptikeranstalt, vorzugsweise für jugendliche, als vortheilhaft für Kranke und deren Familien.

Auch die Errichtung einer Landespflegeanstalt (in Hördt) hält sie für wünschenswerth und sanitär unbedenklich. Ransohoff-Hördt.

— Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern, betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten, vom 15. Juni 1901.

Das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten genügt, wie die Erfahrung gezeigt hat, den Interessen der öffentlichen Sicherheit nicht. Es ist vielmehr erforderlich, dass die Polizeibehörden vor der beabsichtigten Entlassung einer nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachtenden Person gehört werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, etwaige Bedenken zum Ausdruck zu bringen, welche aus dem Vorleben und den ganzen wirthschaftlichen und Familienverhältnissen, namentlich auch aus denjenigen, in welche der zu Entlassende demnächst eintreten wird, gegen die Entlassung sprechen. Eine solche Aeusserung kann für die Anstaltsleitung, der diese Verhältnisse oft unbekannt sein werden, sowohl im Allgemeinen wie mit Rücksicht auf § 832 B. G. B. nur erwünscht sein. Die vorbehaltlich der Beschwerde — selbständige Entschliessung der Landarmenverbände darüber, ob die Voraussetzungen der weiteren öffentlichen Armenpflege in der Anstalt bei einer solchen Person vorliegen, soll durch die Anhörung der Polizeibehörde nicht berührt werden. Ferner ist es erforderlich, dass von der Entlassung eines Kranken, bei dem nach seinen Vorleben eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit in Frage kommt, der Polizeibehörde sofort Nachricht gegeben wird, damit sie im Stande ist, die erforderlichen Massregeln zu treffen.

Ew. Excellenz ersuchen wir ergebenst, zu veranlassen, dass in der dortigen Provinz,

1. Geisteskranke auf Grund des § 51 Str. G. B. freigesprochene oder auf Grund des § 203 Str. P. O. ausser Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist —
2. diejenigen auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommenen Geisteskranken, bei denen die Polizeibehörde ausdrücklich das Ersuchen um Mittheilung von der beabsichtigten Entlassung gestellt hat,
3. sonstige nach Ansicht des Anstaltsleiters gefährliche Geisteskranke

aus den öffentlichen Irrenanstalten nicht entlassen werden, bevor dem Landrath, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltsortes und, wenn dieser ausserhalb Preussens liegt, der gleichen für den Ort der Anstalt zuständigen Behörde — Gelegenheit zur Aeusserung gegeben ist. Die Leiter der Anstalten werden den genannten Behörden unter Mittheilung des Materials zur Beurtheilung des Kranken, insbesondere eines eingehenden ärztlichen Gutachtens, die beabsichtigte Entlassung mitzutheilen haben und werden über sie erst nach Eingang der Aeusserung der Behörden oder nach Ablauf einer Frist von 3 Wochen seit deren Benachrichtigung Entscheidung treffen dürfen. Auch werden sie diese Behörden von der Entlassung sofort zu benachrichtigen haben.

Einer Aenderung des Reglements der öffentlichen Irrenanstalten bedarf es zu diesem Zwecke nicht, es genügt vielmehr, wenn die erforderlichen Anordnungen im Verwaltungswege getroffen werden.

Sofern, wie in einzelnen Provinzen, bei den oben zu 3 genannten Personen eine Mitwirkung der Polizeibehörde bei der Entlassung stattfindet, bedarf es selbstverständlich keiner neuen Anordnung, doch empfiehlt es sich, auch in diesem Falle die Mittheilung von der beabsichtigten Entlassung an den Landrath und nur in Stadtkreisen an die Ortspolizeibehörde zu richten.

Ew. Excellenz wollen wegen des Erlasses einer entsprechenden Anordnung an die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten ihres Verwaltungsbezirks schleunigst das Weitere veranlassen und uns über den Verlauf der Angelegenheit demnächst berichten.

Berlin den 15. Juni 1901.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten.
Im Auftrage gez. Förster.
Der Minister des Innern.
In Vertretung gez. Bischhoffshausen.

An die Herren Oberpräsidenten. M. d. geistl. A M. 6368. M. d. J. II a. 9209, 2. Aug.

Referate.

— Karl Schaffer, Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. Ueber Tabes und Paralyse. Mit 5 Tafeln und 63 Abbildungen im Text. Jena, Gustav Fischer, 1901. Gr. 8. 296 S. Preis 12 Mk.

In der Form von Vorträgen, in die zugleich die Resultate früher veröffentlichter Arbeiten des Verf. und seiner Mitarbeiter eingeflochten sind giebt S. eine eingehende Darstellung der Lehre von der Tabes und der Paralyse. Vortrag 1—4 behandeln die Anatomie und allgemeine Pathologie des Neurons, die Anatomie des direkten sensiblen Neurons und die pathologische Anatomie der Tabes. S. erkennt die Kontinuitätslehre (v. Apáthy, Bethe) an, hält aber am Begriff des Neurons fest „als dem eines genetischen Neuroblastenderivates und eines in sich abgeschlossenen trophischen Zellbezirkes“ (von Lenhossék). Sehr ausführlich beschrieben wird die Anatomie des Hinterstranges, dessen topographische oder degenerative Gliederung (exogenes und endogenes System) und dessen fötale oder elektiv-



systematische Gliederung. Die verschiedenen anatomischen Tabesbilder klassifizirt S. I. nach der Art der Degeneration (1. tabische Hinterstrangsdegeneration mit topographisch-degenerativer Gliederung, bedingt durch summarische Wurzelerkrankung; 2. tabische Hinterstrangsdegeneration mit fötal-electiver Gliederung, bedingt durch elective Wurzelerkrankung); II. nach der Extensität der Degeneration (lumbale, cervicale, generalisirte Tabes); III. nach der Intensität der Degeneration (beginnende und vorgeschrittene Entartung der Hinterstränge). Was den Ausgangspunkt der tabischen Hinterstrangsdegeneration anlangt, so erklärt S. für unhaltbar die periphere Genese wegen der Unversehrtheit der Spinalganglien und die celluläre Genese mit Rücksicht auf die histologische Intaktheit der Spinalganglienzellen; die funiculäre Genese der Tabes als primär-degenerative Erkrankung der Hinterstränge ist eine Hypothese ohne thatsächliche Belege. Die radiculäre Genese der Tabes steht hingegen mit den Thatsachen der Hinterstrangspathologie in vollstem Einklang; die tabische Wurzelerkrankung ist eln sehr chronisch ablaufender Prozess, in welchem infiltrative und vaskuläre sowie meningeale Veränderungen eine besondere Rolle spielen. Immerhin ist dabei das „primum movens" der postsyphilitische Zustand, welcher zur Arteriosklerose disponirt. (S. 116.) Die tabische Wurzelerkrankung ist eine segmentweise einsetzende Degeneration, welche in den einzelnen Wurzelgebieten in electiver Weise beginnt, entsprechend der differenten Vulnerabilität der verschiedenen, in einer Wurzel enthaltenen fötalen Systeme. Die endogenen Systeme leiden nicht merklich, einzig ergriffen ist das exogene Hinterstrangsystem, daher stellt die tabische Degeneration einen einheitlichen Prozess dar.

In Vortrag 5—7 werden die Klinik der Tabes, der Mechanismus einiger tabischer Symptome, Verlauf, Formen, Diagnostik, Aetiologie und Therapie der Tabes erörtert. Ueber die Ursache der Tabes sagt S. Seite 202: „Es hat den Anschein, dass unter den unmittelbar tabeserzeugenden Faktoren die relative Hyperfunktion bei gestörter Ersatzfähigkeit die wesentlichste Rolle spielt. Das Nervensystem gelangt in diesem geschwächten Zustand in allererster Linie durch vorangegangene Syphilis; viel seltener durch Erschöpfung, durch Erkältung und Durchnässung. Neuropathische Belastung, also das Nervensystem ab ovo schwächendes Moment, fällt hier auch in die Wagschale." Die oben citirte Stelle S. 116 stimmt damit nicht ganz überein.

Im 8. Vortrag spricht S. über die Hinterstrangsveränderungen bei Paralyse — „in der Art der Degeneration giebt es zwischen tabischer und paralytischer Hinterstrangsdegeneration absolut keinen Unterschied" (S. 226) — sowie über den klinischen und anatomischen Zusammenhang zwischen Paralyse und Tabes. Beide Krankheiten bilden ihrem Wesen nach eine klinische Einheit, denn beide werden wesentlich durch dieselben Schädlichkeiten, wie in erster Linie die Syphilis, hernach Ueberarbeitung und Gifte, besonders Alkohol, provozirt. Tabes wie Paralyse stellen progressive Affectionen des Centralnervensystems dar, die bezüglich ihres klinischen wie anatomischen Charakters nicht wesentlich differiren. Die genannten Schädlichkeiten ergreifen naturgemäss den locus minoris resistentiae zuerst. Ist das Gehirn schon von früher her ein geschwächter Punkt des Nervensystems, so erscheint zuerst die Paralyse; ist es aber das Rückenmark, so entwickelt sich die Tabes. Nachdem aber die Noxen, welche Paralyse und Tabes erzeugen, imstande sind, sowohl die Hirnrinde als auch das Rückenmark zu ergreifen, die Syphilis, der Alkohol affizirt ja beide Stellen in gleicher Weise, so ist es verständlich, dass die Tabes wie Paralyse sich so häufig kombiniren oder besser gesagt, dass die Noxen so auf die Hirnrinde wie auf das Rückenmark einwirken. (S. 235.) Vortrag 9 behandelt die Topographie der Rindendegeneration bei Paralyse; ausführliche Mittheilung eines eigenen Falls. Der letzte Vortrag ist der cerebralen Neurasthenie und deren Verhältniss zur progressiven Paralyse gewidmet. S. sagt: „Die erste und relativ leicht heilende Phase der Cerebrasthenie ist das Erregungsstadium, welches durch den beständigen Kopfdruck und die Schlaflosigkeit charakterisirt ist, nach entsprechender Ruhe kann die alte Arbeitsfähigkeit sowohl qualitativ wie quantitativ wieder erlangt werden. Bestehen aber gewisse, den Krankheitsprozess begünstigende Verhältnisse, so geht die Cerebrasthenie aus dieser ersten Phase in das Erschöpfungsstadium über, welches weniger durch den sporadischen Kopfdruck und Schlaflosigkeit als vielmehr durch die Verminderung der Arbeitsfähigkeit sowohl in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht charakterisirt ist. Hier können Innervationsstörungen auftreten. Das Erregungsstadium ist einfach eine kongestive Hyperämie; die Stabilisirung dieses Zustandes sowie der Gefässatonie, der serösen Durchtränkung der Hirnrinde und somit deren Ernährungsstörung sind aber ein Prozess, welcher förmlich als ein präparatorischer Vorgang der Paralyse zu betrachten ist. Die Gefahr der Paralyse wird aber erst drohend, wenn zugleich andere Hilfsmomente wie Lues, Rachitis, Alkoholismus u. s. w. vorhanden sind." (S. 282).

Die Klinik der Paralyse ist im ganzen etwas kurz weggekommen, wie überhaupt der psychiatrische Theil des Buches wesentlich zurücktritt gegen den neurologischen. Dieser war dem Verf. die Hauptsache und entspricht allen Anforderungen. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Ed Hess (Stephansfeld).

— Was lehrt die Untersuchung der geistig minderwerthigen Schulkinder im IX. Berliner Schulkreise. Von Dr. med. J. Cassel. Kinderarzt in Berlin. Berlin W. 35 Verlag von Oskar Coblentz 1901 52 S.

Ein schätzenswerther Beitrag zu den Beobachtungsergebnissen bei geistig zurückgebliebenen Kindern. Verfasser hat 129 den Nebenclassen des IX. Berliner Schulkreises zugewiesene Kinder und zwar 71 Knaben und 58 Mädchen im Alter von 7—14 Jahren nach einem Schema auf ihre körperlichen und geistigen Gebrechen untersucht. Erhebliche Belastung wurde in 18,6% der Fälle, geistige Minderwerthigkeit der Geschwister in 12,4%, Trunksucht der Eltern in 29%,



Syphilis in 6 % gefunden. Annähernd normal begabt waren 3 %, schwach begabt 8,5 %, schwachsinnig im 1ten Grade 59,6 %, schwachsinnig im 2ten Grade 19,3 %, isolirt 9,3 % der Kinder. 83 % hatten nur den Unterricht der untersten Classe genossen. Körperlich gesund und erblich nicht belastet waren nur 9 %. Der Forderung des Verfassers, dass derartige Kinder auch für die weitere Schulzeit unter ärztlicher Controle stehen sollten, wird man nur beistimmen können, da eine grosse Zahl von ihnen des ärztlichen Beistandes bedarf, wenn sie nicht körperlich und geistig verkommen sollen. —h

— William A. Buckler: Ueber Contracte mit und Schädigungen durch Geisteskranke. Americ. J. of Insan. April 1901.

Gesunde und Geisteskranke stehen vor dem Gesetze nur dann ungleich da, wenn die Ausübung des Willens in Betracht kommt. Zu legalen Zwecken proponirt Vf. folgende Eintheilung: A) Totale Geistesstörung, die entweder angeboren ist (Idiotie) oder durch Krankheit, Kummer oder accidentell entstanden ist. B) Partielle dem Grade nach, die im Alter durch Verfall oder sonst, analog dieser als Imbecillität oder als Monomanie auftritt. C) Partielle der Dauer nach, nämlich Delirium, Alcohol-Vergiftung (vollständige und unvollständige) und periodische mit häufigen oder verlängerten lichten Zwischenräumen.

Bei Contracten ist zu beantworten: „War die Person, deren Handlung in Frage steht, zur Zeit fähig, die Natur derselben zu verstehen und ihre Folgen zu beurtheilen und war sie mit Bezug auf die Handlung frei (a free agent)? Der Standpunkt der Rechtssprechung ist zur Zeit der: „Auf Verlangen der Geisteskranken ist ein Contract anfechtbar; aber auch dies nicht einmal, wenn eine Einsetzung in den vorigen Stand nicht möglich ist, die andere Partei die Geistesstörung nicht kannte und Unbilligkeit und Betrug nicht vorliegt". Allgemein gilt auch, dass „für Kauf nothwendiger Gebrauchsgegenstände Geisteskranke haftbar sind, auch wenn der Käufer den Zustand derselben kannte, sobald nur die Preise dem Gegenstand oder ihrer Stellung entsprachen". Dies gilt auch für die Kosten, die dem Geisteskranken durch, wenn auch vergebliche Zuziehung eines Anwaltes im Entmündigungsverfahren erwachsen, wenn diese nicht etwa frivol oder processsüchtiger Weise erfolgt war. Heirathscontracte können auch von Andern als dem Geisteskranken oder den ihm Nächststehenden, angefochten werden, falls ein Interesse z. B. bez. Erbschaft, nachgewiesen wird. Geistesstörung z. Z. der Eheschliessung macht die Ehe ab initio nichtig, auch wenn Cohabitation bis zum Tode stattgefunden hat. Welche geringe Anforderungen indess an das Verständniss der Natur dieses Contracts gestellt werden, zeigt folgendes Urtheil: „Mag jemand an Manie leiden und ärztlich für geistig nicht gesund, für imbecill erachtet werden; wenn die besondere Phase der Manie keinen Einfluss auf die fragliche Handlung ausgeübt hat, so wird diese gesetzlich nicht ungültig. Es genügt, wenn die Handlung von ihm verstanden wird." Und in einem andern Urtheil (England) führte der Vicekanzler aus: „All' das, was von den Partheien für einen rechtskräftigen Heirathscontract erfordert wird, ist: sie müssen verstehen, dass sie durch diese Handlung eingewilligt haben, mit einander und mit Niemand sonst zu cohabitiren." So werde die Ehe einer Taubstummen für gültig erklärt, die nicht lesen und schreiben, nur von alten und genauen Bekannten zum Verständniss irgend welcher Sache gebracht werden und den Kunden ihres Mannes kein Kleingeld herausgeben konnte. Selbstverständlich muss ungebührliche Beeinflussung ausgeschlossen sein.

Bezüglich Schädigungen gilt jetzt: der durch einen Irren Geschädigte kann auf Ersatz klagen und mit der Klage durchdringen, ausgenommen wo malitia die Voraussetzung zu ihr sein muss. Indess ist entschieden Neigung fühlbar, von der Härte dieser Norm abzuweichen und die schädigenden Handlungen Geisteskranker aus demselben Gesichtspunkte aufzufassen, wie die, welche auf Grund unvermeidlicher Zufälle auftreten. Kornfeld.

— Strasser. Anleitung zur Gehirnpräparation. Jena, 1901. J. Fischer. 38 S.

Das Heft ist in erster Linie für Theilnehmer des Präparir-Kursus bestimmt, doch wird es auch zweifellos für jeden Praktiker von Werth sein, einmal bei Sectionen, dann vor allem aber auch, wenn er seine Kenntnisse über den Bau des Hirns am Präparat auffrischen will. In systematischer Weise werden die einzelnen Prozeduren unter Demonstration der wichtigsten Theile des Objects geschildert Manche Einzelheiten, so die Herausnahme der Hypophysis, sind besonders beachtenswerth. Die eine Hemisphäre empfiehlt S., nach einer Veranschaulichung der Stabkranz- und Balkenstrahlung durch eingesteckte Streichhölzer, in Radiärschnitte zu zerlegen, die andere durch parallele Frontal- oder Horizontalschnitte.

Weygandt-Würzburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Journal of Mental Science, Juli 1901:

W. H. B. Stoddart: General Paralysis and Syphilis: a Critical Digest.

Bernard Hollander: The Cerebral Localisation of Melancholia.

Prof. A. Pick: Clinicial Studies in Pathological Dreaming.

B. C. J. van Brero: The Construction of Asylums in Tropical Countries.

Prof. M. Benedikt: The Insane Jew: an open letter to Dr. C. F. Beadles.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Ueckermünde. Der bisherige Volontärarzt Dr. Gesterding ist als Ass.-Arzt an die Prov.-Irren-Anstalt in Lauenburg (Pomm.) übergesiedelt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Freiburg (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 20. 10. August. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Freiburg (Schlesien), zu richten.

Ueber Form und Inhalt der Anstalts-Jahresberichte*).

Von Geh. Med.-Rath Dr. *F. Siemens* in Lauenburg i. Pom.

M. H.!

Die Anregung zum Meinungsaustausch, welche ich nach unserm vorjährigen Vereinsbeschluss Ihnen heute geben möchte, betrifft die Form und den Inhalt unsrer Anstalts-Jahresberichte.

Wir müssen ja alljährlich einen ausführlichen Verwaltungsbericht für unsre Oberbehörde liefern. Die meisten Anstalten lassen ihn alle Jahre mit mehr oder weniger Aufwand drucken und versenden ihn an die zum Austausch ihrer Jahresberichte vereinigten Anstalten des In- und Auslandes. In einigen preussischen Provinzen und in einigen süddeutschen Staaten, wie auch in Oesterreich, werden die Jahresberichte der Anstalten von der Oberbehörde ganz oder im Auszug (vergl. Ostpreussen) zu einer Drucksache vereinigt. — Bei uns in Pommern sind wir jetzt wohl darin einig, dass nur alle 5 oder 10 Jahre ein gedruckter Bericht herausgegeben wird von den einzelnen Anstalten.

Bereits im Jahre 1882 hat Koch-Zwiefalten**) Vorschläge gemacht, wie durch diese Anstalts-Jahresberichte etwas für das Ganze des Irrenwesens und für die Allgemeinheit Nützliches und Brauchbares geleistet werden könne. Koch ging davon aus, dass die Berichte gewöhnlich einen historischen und einen statistischen Theil enthielten, welcher letztere wiederum in einen medizinischen und einen administrativ-ökonomischen zerfalle.

Es sei nun gewiss für Jeden, der sich für das Irrenwesen und die psychiatrische Wissenschaft interessire, wichtig, die Entwickelung der einzelnen Anstalten nach ihrer äusseren Gestaltung und nach ihrem inneren Leben verfolgen zu können. „Aber, wenn man alle Jahre Anstaltshistorie schreiben soll, dann muss es nothwendig bald an Stoff fehlen, der des Druckes für weitere Kreise werth wäre, und man kommt dann in Versuchung, über zu kleine und kleinliche Dinge zu berichten: dass z. B. ein Clavier auf der Frauenseite verstimmt wäre u. dergl. für den nächsten kleinen Kreis wichtige, die Allgemeinheit draussen aber nicht interessirende Dinge . ."

Sie lachen, m. H., und denken: so etwas lassen wir doch nicht drucken! Indessen kann ich Ihnen aus den uns zugesandten gedruckten Jahresberichten noch derartiges mittheilen: in der Anstalt X. (Bericht für 1899) wurden so und so viel Kartoffeln,

*) Vortrag, gehalten in der Sitzung des Nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Treptow a. R. am 8. Juli 1901.

**) Allg. Zeitschr. für Psych. 39. Bd. p. 202.



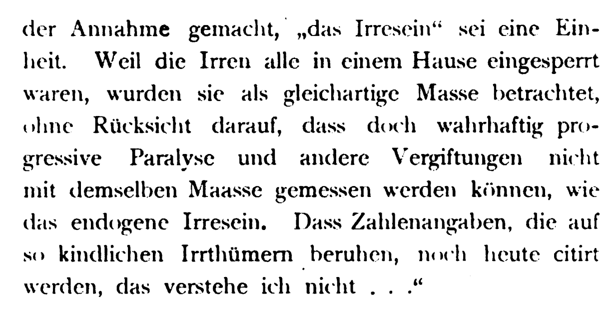
Zwiebeln und Gurken geerntet, . . . weiter wird berichtet, dass eine neue Kegelbahn „erstellt“ wurde, dass „im grossen Zellenhof P. neue Bänke und Tische angebracht, in den Anlagen der Frauen-Abtheilung verschiedene neue Gartenthürchen erforderlich wurden. Im Badezimmer des Frauentobhauses ist ein neuer Holzrost angefertigt worden . . und mehrere Abortanlagen umgeändert.“ „Für den Heizkessel im Gebäude F wurde ein neuer Rost erforderlich“ . . . Eine andere Anstalt berichtet, dass die arbeitenden Kranken an Sonntagen „zur Belohnung“ (!) spazieren gehen dürfen“ u. s. w. — — Manche solcher Berichte (s.c. zusammengefasste) sind so comprimirt, dass sie kaum noch ausser den Nachrichten über Ernte und Vieh Angaben über die Kranken enthalten.

Man sollte also, wenn einmal ein oder mehrere grundlegende Berichte gedruckt sind, warten, bis nach einer Spanne Zeit genügender Anlass da ist, einen neuen Ueber- und Umblick zu veröffentlichen. Wenn man jedesmal gute Planzeichnungen und Ansichten der neuen Baulichkeiten oder sonstigen Einrichtungen beigiebt, so würde dadurch der Sache der Irrenpflege und der Anstaltsbaukunde genützt werden. Dass solche Druckberichte wegen der Reproductionen und Bilder kostspielig sind, ist leider richtig, aber diese Kosten wiederholen sich dann auch nicht alle Jahre.

Ein unerreichtes Vorbild ist L. Meyer's 25jähriger Bericht über die Göttinger Anstalt. Meyer liess auch alle Jahre einen kleinen Bericht über seine Anstalt drucken, aber diese Berichte könnten wir alle missen, wenn uns nur der 25jährige bleibt. Einen solchen Bericht zu schreiben, dazu gehörte freilich eine Persönlichkeit wie Meyer.

Auf den statistischen Theil der Berichte wird gewöhnlich viel Zeit und Mühe verwendet. Koch sagt: „Es ist schon verdriesslich, wenn man denken muss, dass das meiste, was auf diesem Gebiet geschrieben wird, nicht einmal gelesen wird.“ Und dann, wenn Jemand wirklich die Zahlenreihen der verschiedenen Berichte vergleichen und zusammenfassend verwerthen wollte, würde er bald merken, dass das nicht möglich ist, da die Uraufstellungen nach verschiedenen Gesichtspunkten gemacht sind. So ist denn meist das ganze grosse Material nicht zu gebrauchen.

Man nehme nur einmal die Erblichkeitsstatistik. Möbius*) sagt: „Mit Erstaunen sehe ich auf die angebliche Erblichkeitsstatistik in der psychiatrischen Litteratur. Die meisten Statistiken sind auf Grund


der Annahme gemacht, „das Irresein“ sei eine Einheit. Weil die Irren alle in einem Hause eingesperrt waren, wurden sie als gleichartige Masse betrachtet, ohne Rücksicht darauf, dass doch wahrhaftig progressive Paralyse und andere Vergiftungen nicht mit demselben Maasse gemessen werden können, wie das endogene Irresein. Dass Zahlenangaben, die auf so kindlichen Irrthümern beruhen, noch heute citirt werden, das verstehe ich nicht . . .“

Man müsste überhaupt Einzelfragen statistisch und klinisch zu entscheiden suchen, und solche Fragen sollten alljährlich auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte festgestellt werden. Alle deutschen Anstalten müssten sich dann an der Arbeit betheiligen. Diesen Gedanken hat schon vor 25 Jahren mein Lehrer Cramer in Marburg ausgesprochen. Selbstverständlich wäre es dazu nöthig, dass man sich zuvor über die wichtigsten klinischen Gruppen der Psychosen einigt, und dass Alle auch wirklich ein und dasselbe unter der oder jener Bezeichnung verstehen. Solange die Einen diese Masse von hallucinirenden Kranken, welche unsre Pflegeabtheilungen füllen, Paranoiker nennen, weil sie an Wahnideen und Sinnestäuschungen leiden, und die Andern — meines Erachtens mit Recht — meinen, dass es sich um einen Verblödungsprocess (Kraepelin) handelt, solange diese und ähnliche Verschiedenheiten der Auffassung über die wichtigsten Dinge noch bestehen, wird eine Verständigung über statistische Einzelaufgaben schwierig sein.

Einen dankenswerthen Versuch in dieser Richtung hat kürzlich Vorster*) gemacht. Er richtete sein Augenmerk auf die Vererbungsverhältnisse der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins und fand die bemerkenswerthe Thatsache, dass innerhalb der betr. Familie sich überwiegend die gleiche Krankheitsform vererbte, dass jedoch z. B. bei der Dementia praecox depressive, expansive, katatone, paranoische, stuporöse Zustände bald in der Ascendenz bald in der Descendenz mehr auftraten. Da die Gleichheit der Krankheitsform gesichert war durch die Uebereinstimmung von Verlauf und Ausgang, ferner durch das Vorkommen in derselben Familie, so folgt daraus, dass jene Verschiedenheiten ebenso wie bei der Paralyse nur als Spielarten eines und desselben Grundleidens aufzufassen sind, welche die Aufstellung selbständiger Krankheitsformen nicht gerechtfertigt erscheinen lassen. —

Höchst interessant ist auch die gleichartige Ver-

*) Ueber Entartung. Wiesbaden, Bergmann, p. 105.

*) Ueber die Vererbung endogener Psychosen in Bez. z. Classification. Monatsschrift f. Psychiatr. und Neurol. Bd. IX Heft 4 u. 5 (1901).



erbung bei der Idiotie. Kinder von Idiotinnen werden sehr häufig wieder idiotisch; mir sind Idiotinnen hier in Pommern bekannt geworden, welche in Folge der mangelhaften Fürsorge (vor dem Gesetz vom 11. Juli 1891) ganze Serien von gleich idiotischen unehelichen Kindern in die Welt gesetzt haben. —

Einen breiten Raum nehmen jetzt die gerichtlichen Beobachtungsfälle in den Berichten ein. Diese sollten nicht alle in gleicher Ausführlichkeit dort abgehandelt — und begraben — werden. Die gerichtlich-psychologisch oder wissenschaftlich-psychiatrisch wichtigen und interessanten Fälle sollte man ausführlich in Spezialzeitschriften, die übrigen höchstens summarisch behandeln.

Auch wirthschaftliche Zeit- und Streitfragen, Behandlungsgrundsätze u. A. lassen sich — nach vorherigem Beschluss der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte — einheitlich behandeln in den Jahresberichten.

In der Litteratur findet sich sonst über unsere Berichte wenig. Fischer*) hat gewünscht, dass aus der Fülle des weniger Wichtigen besonders markante Einzelheiten aus den Jahresberichten von den Verfassern in der Psychiatrischen Wochenschrift kurz zur Kenntniss gebracht werden möchten. — Dann braucht man die Berichte selbst gar nicht mehr zu lesen.

Starlinger**) spricht den Wunsch aus, dass alle Anstalten sich desselben Formats und derselben inneren Anordnung befleissigen möchten.

*) Psychiatr. Wochenschrift 1900/1901 Nr. 42.
**) Psychiatr. Wochenschrift 1900 Nr. 39.

In allerletzter Zeit wird von Fischer in Illenau durch eine Sammelumfrage angeregt, den Jahresberichten eine einheitliche Gestaltung des Inhalts nach bestimmtem Schema zu geben, damit jeder Leser den Gegenstand, für den er sich interessirt, leicht und sicher an bekannter Stelle in jedem Bericht finden kann, und damit eine allgemeine Verwerthung des in den Anstaltsberichten angesammelten Materials zu grösseren wissenschaftlichen Arbeiten möglich ist. Es liessen sich dadurch ausgedehnte vergleichende Betrachtungen über Irrenwesen und Anstaltsbetrieb und deren practische Ergebnisse anstellen.

Die von Fischer vorgeschlagene Eintheilung des Inhalts umfasst 7 Hauptabschnitte mit vielen Unterabtheilungen. Falls dies umfangreiche Schema Jahr für Jahr ausführlich zur Anwendung kommen soll, würden sich m. E. unnöthige Längen und Wiederholungen ergeben. Ich halte das Schema an sich für gut; es muss den einzelnen Anstalten überlassen bleiben, welche Hauptabschnitte sie ausführlicher behandeln wollen. — Ich bleibe im Uebrigen bei meinem Vorschlage, nur alle 5 oder 10 Jahre einen Bericht drucken zu lassen.

Beiläufig möchte ich noch zum Schluss erwähnen, dass ich beabsichtigte, jetzt für die abgelaufenen 12 Jahre des Lauenburger Anstaltsbetriebes einen Bericht unter Beigabe von Plänen und photographischen Ansichten drucken zu lassen, dass mir aber von Seiten der sparsamen Oberbehörde die allerdings erheblichen Kosten nicht bewilligt worden sind. —

Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 10.)

Erkenntniss des Königl. Sächs. Oberlandesgerichts.

In Sachen des Maurers X. in K., Klägers und Berufungsklägers, gegen dessen Ehefrau, vertreten durch deren Zustandsvormund, den Gasthofsbesitzer B., Beklagte und Berufungsbeklagte, wegen Ehescheidung, erkennt der fünfte Civilsenat des Königlich Sächsischen Oberlandesgerichts unter Mitwirkung für Recht:

Das am . . . verkündete Urtheil der . . . Civilkammer des Landgerichts zu K. wird dahin abgeändert:

Die am 7. Juni 1868 geschlossene Ehe der Parteien wird geschieden.

Die Beklagte hat die Kosten beider Instanzen zu tragen.

Thatbestand.

Vor den jetzt erkennenden Richtern ist folgendes vorgetragen worden.

Ausweislich des Trauscheins Bl. 5 haben die Parteien am 7. Juni 1868 die Ehe mit einander geschlossen. Der Kläger ist Staatsangehöriger des Königreichs Sachsen.

Der Kläger hat die Scheidung seiner Ehe und die Schuldigerklärung der Beklagten daran unter der Behauptung beantragt, die Beklagte sei arbeitsscheu, zänkisch und widersetzlich, überhaupt bösartigen Characters; sie gerathe aus geringfügigen Ursachen in Wuth, habe während ihres Zusammenlebens in diesem Zustande ihn und seine Kinder gemisshandelt und ihre sowie ihrer Angehörigen Kleider zerrissen und verbrannt; das eheliche Verhältniss sei dadurch völlig zerrüttet und es könne ihm nicht zugemuthet werden, die Ehe mit ihr fortzusetzen.



Von der Beklagten ist ein Antrag nicht gestellt worden; auch hat sie sich zur Klage nicht erklärt.

Auf Antrag des Klägers ist der Aufseher der Bezirksanstalt zu M., (Bl. 13/14) eidlich vernommen worden. — Die Beklagte befindet sich mit einer kurzen Unterbrechung seit dem Jahre 1888 in derselben. Weiter ist, da aus dieser Aussage Bedenken gegen die Zurechnungsfähigkeit der Beklagten sich ergeben haben, ein eidliches Gutachten des Bezirksarztes in K. (Bl. 20 f.) eingeholt worden.

Darauf hat der Kläger die Klage auch auf Geisteskrankheit der Beklagten gestützt.

Das ist der Sach- und Streitstand erster Instanz, nach deren Urtheile, das nebst dem Trauschein Bl. 5 und den Beweisprotokollen zum Vortrag gelangt ist.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen und dem Kläger die Prozesskosten unterlegt.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers, der beantragt hat, nach dem Klageantrage zu erkennen. Von der Beklagten ist um Zurückweisung des Rechtsmittels gebeten worden.

Der Kläger hat für den Fall, dass das Zeugniss bezüglich des Verhaltens der Beklagten seit dem Jahre 1888 nicht für ausreichend befunden werden sollte, noch den Direktor der Anstalt zu K. als Zeugen benannt.

Von der Beklagten ist nunmehr das gesammte Vorbringen des Klägers bestritten worden. Das Berufungsgericht hat die anderweite sachverständige Begutachtung des Geisteszustandes der Beklagten durch den Bezirksarzt mittels des Beweisbeschlusses vom 10. November 1900 (Bl. 52 fg.) angeordnet. Derselbe ist durch das darum ersuchte Gericht seines Wohnorts (Bl. 59/60) nochmals unter Berufung auf den geleisteten Eid als Sachverständiger vernommen worden und hat dabei das schriftliche Gutachten (Bl. 61 fg.) überreicht. Letzteres sowie das Beweisprotokoll und der Beschluss des Amtsgerichts zu K. vom 26. Januar 1901, durch den die Beklagte gemäss § 6 Z 1 des D. B.-G.-B. und § 645 der C. P. O. wegen Geisteskrankheit entmündigt worden ist (Bl. 17 der Entmündigungsakten C. I. 101, die herbeigezogen worden sind), sind vorgetragen worden.

Der Vormund der Beklagten, Gasthofsbesitzer B., der zufolge des Protokolls vom 9. Februar 1901 Bl. 4 der Vormundschaftsakten desselben Gerichts, das ebenfalls zum Vortrage gelangt ist, als solcher bestellt worden ist, hat das auf Antrag des Klägers ausgesetzte Verfahren aufgenommen und alles bisher für die Beklagte Verhandelte genehmigt, nur hat er erklärt, einen Antrag für dieselbe nicht stellen zu wollen.

Nach Parteieinverständniss ist die Klage am 1. März 1900 zugestellt worden.

Entscheidungsgründe.

Durch das neuerliche Gutachten des Bezirksarztes B., an dessen Sachkunde auch für Feststellung von geistigen Erkrankungen schon wegen dieser Beamtenstellung nicht zu zweifeln ist, steht fest, dass die Beklagte in Geisteskrankheit im Sinne von §§ 6 Z. 1, 104 Z. 2 u. 3 des D. B. G.-B. verfallen ist, nicht die blosse Geistesschwäche im Sinne des D. B. G.-B. vorliegt, dass die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen beiden Ehegatten aufgehoben, und dass auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Nach dem Gutachten handelt es sich um einen Schwachsinn mässigen Grades, der sich namentlich auch auf sittlichem und ethischem Gebiete äussert und vielleicht zum moralischen Irresein zu rechnen ist, jedenfalls aber nicht nur im irrenärztlichen, sondern auch im gesetzlichen Sinne als Geisteskrankheit bezeichnet werden muss. Die freie Willensbestimmung ist nämlich nur noch insoweit vorhanden, als sie sich auf Vorstellungen gründet, die sich im Rahmen alltäglicher Gewohnheiten bewegen und die geistige Gemeinschaft ist umdeswillen als ausgeschlossen anzusehen, weil eine Einwirkung auf den Ablauf, und zwar auf den vernunftgemässen Ablauf der Vorstellungen der Kranken, so gut wie ausgeschlossen ist. Eine Heilung dieses Zustandes und damit eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ist bei dem Alter der Beklagten von 58 Jahren und wegen der langen Dauer des Zustandes — seit 1888 — nicht zu erwarten. Mit diesen Feststellungen im Wesentlichen im Einklange befindet sich die Aussage des Zeugen M.; ihnen gegenüber kann die nicht sachverständige und nur auf Grund eines einmaligen persönlichen Eindruckes gewonnene Ansicht der Mitglieder der ersten Instanz, dass die Beklagte offenbar ganz im Klaren darüber gewesen sei, warum es sich bei ihrer Vernehmung gehandelt, ihren Standpunkt wahrzunehmen gewusst, die ihr gemachten Vorwürfe zurückzuweisen gesucht und sie dem Kläger zurückgegeben habe, nicht weiter in Betracht kommen.

Danach steht aber zunächst ferner fest, dass die Beklagte schon bei Einleitung des jetzigen Scheidungsprozesses im Sinne von § 612 Abs. 2 verb. mit § 52 Abs. 1 der C. P. O. u. f., weil schon damals geschäftsunfähig (§ 104 Z. 2 D. B. G.-B.) prozessunfähig gewesen ist. Das bisherige Verfahren würde daher an sich nichtig gewesen sein und, nachdem der Mangel

in der Berufungsinstanz erkannt worden, der Aufhebung unterlegen haben, wenn nicht der Mangel durch die Genehmigung des Verhandelten durch den während des Prozesses bestellten gesetzlichen Vertreter der Beklagten nachträglich geheilt worden wäre (zu vgl. Entsch. d. R. G. Bd. 18, S. 383). Der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts hierzu bedurfte es nicht (§ 612 Abs. 2 d. C. P. O. f.), da nicht die Beklagte auf Scheidung klagt. Die auf Antrag des Klägers beschlossene Aussetzung des Verfahrens hat sich dadurch erledigt, dass (§§ 241, 250 d. C. P. O. mf.) der Kläger mittels des Schriftsatzes vom 22. Februar 1901 dem gesetzlichen Vertreter der Beklagten seine Absicht, das Verfahren fortzusetzen, angezeigt hat.

Zur Sache selbst kommt nunmehr der Scheidungsgrund des § 1568 d. D. B. G.-B. nicht mehr in Betracht, da derselbe ein Verschulden der Beklagten, das nunmehr mangels ihrer seit Jahren fehlenden Zurechnungsfähigkeit ausgeschlossen ist, voraussetzt. In Frage ist nur noch der Scheidungsgrund der Geisteskrankheit, auf den nur des D. B. G.-Bs. § 1569, nicht auch noch § 1743 des S. B. G.-Bs. anzuwenden ist (Art. 201, Abs. 1 d. E. G. zum D. B. G.-B.), da Abs. 2 dieses Artikels nicht einschlägt (zu vgl. auch Niedner Einf. Ges. zu Art. 201 unter 2).

Die Voraussetzungen des § 1569 liegen aber sämmtlich vor, wie eingangs dargelegt worden ist.

Die Scheidung war demgemäss zu bewilligen. Eine Schuldigerklärung der Beklagten war nicht auszusprechen, da § 1574 d. D. B. G.-Bs. nach dessen Abs. 1 auf die Scheidung nach § 1569 sich nicht bezieht.

Die Kosten beider Instanzen treffen nach § 91 Abs. 1, Satz 1 d. C. P. O. die unterliegende Beklagte.

Mittheilungen.

— In einem Artikel über die Missstände an der Breslauer Universität wird in der Schles. Ztg. geschrieben:

„Am schlimmsten sind die Verhältnisse, mit denen Professor Wernicke fortgesetzt zu kämpfen hat. Das Vertragsverhältniss zwischen dem Staate und der städtischen Verwaltung, demzufolge die psychiatrische Klinik im städtischen Irrenhause untergebracht war, hat bekanntlich mit dem 1. April 1900 sein Ende erreicht. Auf die von der medicinischen Facultät beantragte Schaffung eines Provisoriums in den leerstehenden Räumen der alten Augenklinik auf dem Burgfelde wurde nicht eingegangen und auch sonst keinerlei Fürsorge für das Fortbestehen der ständigen Klinik getroffen. So hat denn diese seit dem genannten Termin aufgehört zu existiren, und es giebt seitdem keinen klinischen Unterricht in der Psychiatrie an der Breslauer Universität. Die Studirenden der klinischen Semester müssen entweder auf diesen wichtigen Theil ihrer ärztlichen Ausbildung verzichten oder andere Universitäten aufsuchen. Director und Assistenten sind ohne Krankenmaterial. Die „Krankenvorstellungen der psychiatrischen Klinik zu Breslau," das erste Unternehmen dieser Art, welches aus einer psychiatrischen Klinik hervorgegangen ist, haben ein vorzeitiges Ende gefunden und auch die mehr theoretischen Arbeiten des psychiatrischen Laboratoriums sind schwer geschädigt worden. Infolge der plötzlichen Räumung des städtischen Irrenhauses und der Sperrung des Laboratoriums seitens der Stadt ist die Lage besonders misslich geworden und wichtige anatomische Präparate haben dem Verderben preisgegeben werden müssen. Schliesslich konnte das Laboratorium in leerstehenden Räumen der Augenklinik nothdürftig untergebracht werden; aber auch hier kann jederzeit eine neue Ausweisung eintreten."

— In einem Urtheile vom 9. October 1900 (Entsch. d. RGs. in Strafs. Bd. 33, S. 393 ff.) hat das Reichsgericht unter Verwerfung der auf Verletzung der §§ 56, 60, 249, 250, 260 St.P.O. gestützten Revision den Grundsatz ausgesprochen, dass ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter als Zeuge vernommen, ja sogar beeidet werden kann. In den Gründen heisst es: „Während in früheren Gesetzgebungen . . . zwischen fähigen und unfähigen Zeugen unterschieden wurde, erklärt die Strafprocessordnung niemand für unfähig als Zeuge vernommen zu werden. Als Folgerung aus dem angenommenen Principe der freien Beweiswürdigung (§ 260 St. P. O.) ergiebt sich vielmehr, dass die Entscheidung darüber, ob und in wie weit ein Zeuge im Stande sei, eine der Wahrheit entsprechende Aussage zu machen, lediglich dem erkennenden Gericht anheimfällt. Auch die Vernehmung geisteskranker Personen als Zeugen ist deshalb keineswegs ausgeschlossen, wobei völlig dahingestellt bleiben kann, ob und in welchem Umfange im Falle einer Verweigerung des Zeugnisses seitens des Geisteskranken die Vorschriften des § 60 St. P. O. Platz greifen. Die Zulässigkeit der Beeidigung aber ist nach § 56 No. 1 a. a. O. lediglich davon abhängig, ob der betreffende Zeuge wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides genügende Vorstellung hat oder nicht. Inwiefern aus der letzterwähnten Gesetzvorschrift hervorgehen soll, dass Geisteskranke im Gegensatze zu Geistesschwachen überhaupt nicht vernommen werden dürfen, ist unerfindlich. Indem das Gesetz das Fehlen einer genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides nicht schlechthin, sondern nur dann als Nichtbeeidigungsgrund gelten lässt, wenn demselben mangelnde Verstandesreife oder Verstandesschwäche zu Grunde liegt, will es lediglich verhindern,



dass ein Zeuge sich der Eidespflicht aus Gründen entzieht, welche nicht auf der Beschaffenheit seiner Verstandeskräfte, sondern auf der Eigenart seiner Denkweise, namentlich in religiöser Beziehung beruhen. Der Ausdruck Verstandesschwäche steht sonach nicht etwa im Gegensatz zu Geisteskrankheit, sondern er begreift letztere in sich, indem er neben der unvollendeten Entwicklung des Verstandes die nicht normale Beschaffenheit desselben als gesetzlich anerkannte Ursache dafür bezeichnet, dass der Zeuge von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung hat. Ob die Verstandesschwäche eine derartige ist, dass der geistige Zustand des Zeugen als Geisteskrankheit zu bezeichnen sein würde, vermag in diesem Zusammenhange einen Unterschied nicht zu begründen. Die Vorschrift des § 56, Nr. 1 St.P.O. spricht hiernach nicht nur nicht gegen die Zulässigkeit der Vernehmung eines geisteskranken Zeugen, sondern sie erkennt dieselbe indirect dadurch an, dass sie die Beeidigung gestattet, sofern der Zeuge eine genügende Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides besitzt." Die Vorschrift des § 250, Abs. 1 Str. P. O., wonach, wenn ein Zeuge in Geisteskrankheit verfallen sei, die Verlesung seiner früheren zu richterlichem Protokolle erklärten Aussage erfolgen könne, stehe, wie das Reichsgericht weiter ausführt, dem nicht entgegen, da sie die Frage der thatsächlichen Unausführbarkeit der Vernehmung des Zeugen im Auge habe und daher die Frage nach der rechtlichen Zulässigkeit der Vernehmung gar nicht entscheiden wolle. „Mit dem Worte kann" (verlesen werden) ist auch hinsichtlich der Geisteskranken nichts anderes als die Befugniss des Gerichts ausgesprochen, das Protokoll über die frühere richterliche Vernehmung des Zeugen zu verlesen; ob beim Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines solchen Protokolles die Vernehmung des geisteskranken Zeugen angezeigt erscheint, bleibt Sache des richterlichen Ermessens. Zur Beeidigung eines solchen Zeugen wird freilich nur dann geschritten werden dürfen, wenn hinsichtlich des Verständnisses desselben von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keinerlei Bedenken obwalten; eine vorhandene Geisteskrankheit aber kann derart sein, dass solche Bedenken ausgeschlossen erscheinen."

Referate.

— Aus dem Jahrgange 1900 der Annales Med.-Psychologiques.

Lalande-Charenton. Die Pathogenese des paralytischen Delirs. Heft 1.

Das paral. Delir hat nach Verf. sieben Eigenschaften, nämlich die 4 schon von Falret hervorgehobenen der Vielgestaltigkeit, der Instabilität, der Bodenlosigkeit und des Widerspruches, wozu Verf. die Unbegrenztheit, den Verlust des Zeit- und Raumsinnes und endlich den „Autopsychismus" fügt, d. h. der Kranke sieht nur sich und bezieht deshalb Alles auf sich. — Alle diese Eigenschaften des Delirs sollen davon herkommen, dass der Pat. die Fähigkeit des Vergleichens verloren hat, eine Fähigkeit, welche an die Integrität der peripheren molecularen Schicht der Hirnrinde gebunden sei und mit dieser auch zu Grunde geht.

Und das Vergleichen? beruht es nicht auf dem Erinnern und dem ungestörten Verkehr zwischen frisch percipirten und erinnerten Sinnes- und Denkvorgängen? Würde Verf. nicht noch einen Schritt haben weitergehen und den Verlust des Erinnerns, dieser allgemeinen und elementaren Eigenschaft der Nervensubstanz an Stelle des auf diesem beruhenden Vergleichens haben setzen können?

Dem Verlust pflegt aber ein Reizzustand voran und nebenher zu gehen, und diesem, das ist nicht zu vergessen, verdankt das Delir, auch das sensorielle, sein Auftreten. Endlich sind schon die Bahnen der Perception selbst oft genug alterirt. —

Monestier, Aix-en-Provence. —

Beitrag zur Theorie des Selbstmordes in der Paralyse. (Heft 2.) Theilt 4 eigene Beobachtungen mit, und kommt zum Schluss, dass der eigentliche Selbstmordtrieb der Paralytiker das Produkt einer deliriösen Wallung sei, manchmal sich leicht ablenken und beschwichtigen lasse, gelegentlich aber auch, und trotz vorgeschrittener Schädigung der Intelligenz mit allem Vorbedacht und zweckmässig angewandten Mitteln sein Ziel erreiche. —

Serrigny, Marsens. — Ein Fall von Paralyse in der secundären Periode der Lues. (Heft 3.) Ein erblich nicht belasteter, sehr intelligenter Mann inficirte sich 37jährig, wurde sehr energisch, sachgemäss und wiederholt mit Mercur und Jodkali behandelt. Während noch Plaques an der Mundschleimhaut bestanden, brach 4 Jahre nach der Infection die Paralyse aus, die aus anfänglich megalomanischem Delir bald in Demenz überging, es kamen apoplectische und epileptische Anfälle, nach 1 Jahr starb Pat. in Folge einer, wie angenommen wurde, meningealen Blutung. Die Section konnte nicht gemacht werden.

Spricht der vorliegende Fall mehr für die Ansicht, dass nicht jede Lues Paralyse erzeugen könne, sondern dass es eines besondern giftigen Elementes bedürfe, das dem syph. Virus beigemischt sei, oder mehr für die von Tschisch in der psychiatr. Section des internat. med. Congresses von Paris — 1900 — geäusserte Meinung, dass die Paralyse eine nicht oder schlecht behandelte Syphilis sei? Ref. hält die erste Hypothese doch für die wahrscheinlichere. Zwar kann man von jeder der Paralyse vorangegangenen Syphilis behaupten, sie sei ungenügend behandelt worden, sonst wäre eben keine Paralyse erfolgt. Da dreht man sich aber in einem Zirkelschluss, denn es giebt auch Fälle, wo die Syphilis lege artis und lange genug ist behandelt worden, wo alle Symptome verschwunden waren und blieben, und wo doch die Paralyse ausbrach. Ref. kann einen solchen Fall eigener Beobachtung anführen. Er betrifft einen Mann von ca. 35 Jahren, der sich als ledig inficirt hatte, von einem sehr tüchtigen und erfahrenen Specialisten (Spitalarzt) gründlich und sorgfältig war behandelt worden, selbst noch mehrere Jahre lang mit Präventivkuren, obgleich alle secundären Symptome geschwunden waren. Als gesund erklärt heirathete quaest. Mann, bekam ein gesundes Kind



und verfiel bald darauf der Paralyse, in deren Endstadien er jetzt, nach drei Jahren, steht. Nach dualistischer Auffassung würde man demnach sagen: das syphilitische Gift ist getilgt worden, nicht aber das neurotoxische. Leider haben wir bisher kein Mittel, uns darüber ins Klare zu setzen, welchen Infectionen Paralyse folgen wird, und welchen nicht. Vielleicht kann gemeinschaftliche Arbeit der Syphilidologen und Neurologen neue Wege eröffnen. —

Sokalsky-Petersburg. Der Zustand der Vasomotoren in den acuten Psychosen. (Heft 3.)

Verf. arbeitet mit dem Hallion'schen Plethysmographen, der an die Finger II—IV der linken Hand angelegt, besonders deutlich die vasculären und die pulsatorischen Wellen wiedergiebt. In 9 Fällen von acuter Verwirrtheit junger Männer war die Curve s. z. s. eine gerade Linie, welche mit der Heilung in die normale Wellenform überging. Im manischen Stadium der Paralyse (2 Fälle) persistirte die Traube'sche Welle, im dementen (1 Fall) fehlte sie. — Ein Fall von Verwirrtheit zeigte normale Curve.

Jaquin-Lyon: Das künstliche Serum in der Psychiatrie (ibid.). Empfiehlt warm die Anwendung des Hayem'schen Serums (physiol. Kochsalzlösung) zu 300—500 Gramm, subcutan, in allen Psychosen, deren Ursache in Infection und Intoxication, besonders Autointoxication zu vermuthen ist und welche sich durch ungenügende Harnausscheidung kennzeichnen. Er bringt 3 eigene Fälle: (Verwirrtheit nach Influenza, Alcoholismus mit Albuminurie, melanchol. Delir) und 7 aus der Literatur, in deren Mehrzahl die subcutanen Einspritzungen ein gutes und rasches Resultat geben.

Soukhanoff-Moskau: (Ueber Zwillingsirresein) beschreibt die Krankheit von 2 Brüdern, die erblich belastet, in früherer Jugend intelligent waren, die Militärschulen durchmachten, in das Heer eintraten, und dann der dementia praecox verfielen. — Induction scheint keine Rolle gespielt zu haben. —

— Schopenhauers Philosophie in seinen Briefen. Von Robert Schlüter. Leipzig, Barth, 1900.

Es ist klar ersichtlich, dass ein Mensch in seinen Briefen zwangloser, vielleicht auch ursprünglicher erscheint, als in seinen, für die grosse Menge, sei es des Publikums im Allgemeinen, oder eines Kreises von Fachgenossen, bestimmten Werken. Hieraus allein ergiebt sich schon die Berechtigung den Briefwechsel grosser Männer heranzuziehen, wenn es gilt, die Persönlichkeit zu beurtheilen. Dass aber auch die Arbeiten des Betreffenden von neuen Seiten aus beleuchtet werden können, dies ergiebt die vorliegende Schrift, auf die wir nur hinweisen werden, ohne im Stande zu sein, die interessanten, kritischen Ausführungen skizzieren zu können. So wie der Autor bei seinen Lesern die Kenntniss der Schopenhauer'schen Philosophie als bekannt voraussetzt, müssten auch wir dieselbe heranziehen, was der uns zur Verfügung stehende Raum leider nicht gestattet.

Schlüter meint, dass auf den Werth vieler Schopenhauer-Briefe für die Grundfragen des, von diesem Philosophen aufgebauten Systems öfter hingewiesen worden sei; allein, eine aufs einzelne gehende Untersuchung entscheidender Briefstellen und eine kritische Vergleichung derselben mit den entsprechenden Darlegungen in Schopenhauers Werken ist noch nicht geliefert.

Schemann glaubt zwar, dass „irgend eine Spur von einer Entwicklung, von einem Lernen, einem Suchen und Finden, Austauschen und Herausarbeiten wissenschaftlicher Wahrheiten" in den Briefen nicht zu finden sei. Dem widerspricht Schlüter, wofern wir die Briefe in ihrer Gesammtheit betrachten; er bestreitet „das Märchen von dem Fehlen jeder Entwicklung" in Schopenhauers Lehren und behauptet, dass dieser als alter Mann keineswegs genau dieselben philosophischen Ueberzeugungen gehabt habe, wie in jüngeren Jahren. Speciell eine Aenderung sei genau zu verfolgen: Es ist dies die Wendung vom radikalen erkenntnisstheoretischen Idealismus zu realistischen Anschauungen. Mit dem Nachweis dieser hat zum Theil die vorliegende Schrift zu thun.

Nach der Gliederung des Schopenhauer'schen Systems in die Erkenntnisstheorie, die Metaphysik, die Aesthetik und die Ethik, zerfällt auch die Arbeit in vier Capitel. Im ersten soll aus den Briefen Schopenhauers an Frauenstädt erläutert werden, dass dieselben Abweichungen von der ursprünglichen Lehre enthalten und auf eine theilweise Schwenkung vom einseitigen Idealismus zu einer realistischeren Auffassung der Vorstellungswelt hinweisen.

Im zweiten Abschnitt wird der Briefwechsel zwischen Schopenhauer und Frauenstädt besprochen u. z. jene Stellen, in denen die Frage erörtert wird, „ist der Wille das Ding an sich?" kann dieser „Wille" vom Wollen loskommen? Mehrfach von Frauenstädt bedrängt, lässt sich Schopenhauer herbei, seine früheren Anschauungen zu modificiren und zu erklären, dass das Subject des Wollens nicht vernichtet werden könne. Zur Psychologie ist zu bemerken, dass Schopenhauer eine solche im eigentlichen Sinne des Wortes nicht gelten lässt (27. Brief an Frauenstädt Seite 217: „Ueberhaupt ist's mit aller Psychologie nichts, da es keine Psyche, Seele, giebt.") Besonders hinweisen möchten wir auf jenen Theil der Schlüter'schen Ausführungen, der Schopenhauers Stellung zum Spiritismus zum Gegenstand hat. Jene „Phänomene", wie Geisterklopfen und Tischrücken etc., die vom Naturforscher auf natürliche Weise erklärt werden, hielt er für magische Wirkung des Willens (!). Das Resultat des zweiten Kapitels fasst Schlüter dahin zusammen:

„In der Entwickelung der Schopenhauer'schen Philosophie wird allmählich die frühere absolute Fassung des Dogmas, der Wille sei das Kantische Ding an sich, eingeschränkt, die Idealität der Vielheit und Individualität wird aufgegeben, allmählich fallen Zeitliches und Ewiges, Wesen und Erscheinung der Dinge nicht mehr dualistisch auseinander, sondern das Wesen wird der Erscheinung immanent."



Also auch hier die Wendung zu einer realistischeren Auffassung der Erscheinungswelt.

Unmöglich ist es, den dritten und vierten Abschnitt des Buches zu referiren, wenn nicht der uns zur Verfügung stehende Raum bei weitem überschritten werden soll. Ein kurzer Auszug in Schlagworten wäre nicht im Stande dem Philosophen, wie dem Bearbeiter seiner Briefe gerecht zu werden. Diejenigen, die sich für Schopenhauer, den sehr wichtigen Briefwechsel und die werthvollen kritischen Bemerkungen Schlüters interessieren, können nur mit Nachdruck auf diese neueste Arbeit über Schopenhauer hingewiesen werden. A. Friedländer.

— Die physikalisch-diätetische Therapie in der Nervenheilkunde von Dr. Johann Hirschkron. Nervenarzt in Wien. — München 1901, Verlagsbuchhandlung Seitz & Schauer. Separatabdruck aus „Deutsche Praxis“, Zeitschrift für praktische Aerzte 1901 Nr. 5 ff. 38 Seiten.

Verfasser giebt einen kurzen Umriss der heutigen Tags gebräuchlichen therapeutischen Methoden in der Neurologie und zwar der Elektrotherapie, Hydrotherapie, der Luftkuren, Massage, Heilgymnastik, Uebungstherapie, Suspensionsmethode, Diätetik, Ueberernährung, der Arbeitskuren, Hypnose und Suggestion, bespricht in knapper Form deren Heilwirkung, Anwendungsweise und führt die Indikationen und Gegenindikationen für die einzelnen Erkrankungen an. Zur schnellen Orientirung für den Praktiker ist die Abhandlung geeignet.

— Ueber Luftkuren für Nervöse und Nervenkranke von Dr. L. Löwenfeld, Specialarzt für Nervenkrankheiten in München. München 1901, Verlagsbuchhandlung Seitz & Schauer. 18 S.

Die Bedeutung der Luftkuren, die klimatischen Verhältnisse der Luftkurorte in den verschiedenen Höhenlagen sowie an der See, deren Einwirkung auf den Organismus werden näher geschildert und im Anschluss daran Rathschläge für die Auswahl geeigneter Sommerkurorte für die einzelnen Formen von Neurasthenie, für Nervenkranke, Rückenmarks- und Gehirnleidende ertheilt. Eindringlich wird vor der leider noch vielfach verbreiteten Unsitte gewarnt, Melancholische oder an periodischen Depressionszuständen Leidende auf Reisen zu schicken oder einen Landaufenthalt nehmen zu lassen. Derartig Erkrankte gehören, wie von psychiatrischer Seite schon oft betont wurde, je nach der Schwere des Falles in offene oder geschlossene Kuranstalten.

— Die strafrechtliche Bedeutung der Epilepsie von Oberarzt Dr. Georg Ilberg in Sonnenstein, Sachverständiger für Geistes- und Nervenkrankheiten beim Landgericht Dresden. Sonderabdruck aus Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft. B. 21 1901, S. 440—467.

Die kurze Abhandlung enthält eine Uebersicht über die Lehre von der Epilepsie und das epileptische Irresein nach dem gegenwärtigen Standpunkt der Forschung und erörtert unter Anführung von prägnanten Beispielen die Bedeutung dieser Störungen in ihren Beziehungen zum Strafrecht. In der Beurtheilung von einschlägigen Fällen wird dieser Artikel namentlich den Juristen, für welche er nach der Stelle seines Erscheinens hauptsächlich bestimmt ist, von grossem Werthe sein.

— Trionalgebrauch und rationelle Verwendung der Schlafmittel von Dr. Max Fischer, Illenau (Baden), München 1901, Verlagsbuchhandlung Seitz & Schauer. Separatabdruck aus „Deutsche Praxis“, Zeitschrift für pract. Aerzte 3 u. 4, 1901.

Verfasser warnt vor dem vielfach verbreiteten und zu schweren Schädigungen führenden Missbrauch, der mit Antipyrin und verschiedenen Schlafmitteln getrieben wird und hauptsächlich dadurch zu Stande kommt, dass diese Medikamente den Patienten zur freien Verfügung überlassen werden. Im Gegensatz zu der häufig zu findenden Annahme von der Unschädlichkeit des Sulfonals und Trionals hebt er die Intoxikationsgefahren hervor, die besonders für das Sulfonal betont werden. Bei der Bekämpfung der Schlaflosigkeit wird besonders empfohlen, auf die Behandlung des Grundleidens zurückzugehen und erst nach dem Versagen milderer Maassnahmen zu den eigentlichen Schlafmitteln zu greifen, hierbei die individuelle Reaktion, die Constitution des Kranken zu berücksichtigen, bei der Darreichung Abwechslung und Unterbrechungen walten zu lassen und auf ärztliche Ueberwachung zu halten. Rathschläge für die Darreichungsweise einzelner Schlafmittel schliessen die Abhandlung, deren Lektüre besonders dem Praktiker wichtige Fingerzeige für die Behandlung der Schlaflosigkeit geben wird.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate“.)

Journal of Mental Science, Juli 1901:

C. A. Mercier: Punishment.

R. Percy Smith: A Case of Epileptic Homicide.

Rothsay C. Stewart: Notes on Two Cases of Insanity following Chorea.

A. F. Shoyer and W. J. A. Erskine: A Case of Glioma of the Cerebrum.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Göttingen. Dr. med. Weber, Oberarzt an der Prov.-Irrenanstalt, habilitirte sich als Privatdozent für Psychiatrie.

— Der belgische Fünf-Jahrespreis für medicinische Forschungen ist in der Höhe von 5000 Frank dem Professor van Gehuchten in Loewen für seine Untersuchungen über das Gehirn und das Rückenmark zugesprochen worden. —

Da ich am 12. d. M. zur Uebernahme der ärztlichen Leitung des deutschen Samariter-Ordensstifts nach Kraschnitz (Schlesien) übersiedle, bitte ich, vom genannten Zeitpunkt ab die Correspondenz für die Psychiatrische Wochenschrift dorthin adressiren zu wollen. Dr. Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler in Freiburg (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 21. 17. August. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Irrenärztliche Aufgaben der Zukunft.

Mit warmer Freude müssen den Menschenfreund die grossen Fortschritte erfüllen, welche besonders in Deutschland während der letzten Jahrzehnte in der Irrenfürsorge gemacht sind. Dank dem Bemühen tüchtiger Irrenärzte und dem verständnissvollen Entgegenkommen der Behörden haben sich zahlreiche neue Irrenanstalten erhoben, die wahre Musterkrankenhäuser darstellen, in denen alle therapeutischen Methoden von einem reichlichen, besonders geschulten Aerzte- und Pflegepersonal ausgeübt werden, und in denen für Unterhaltung und Zerstreuung der Kranken in reichlichem Maasse gesorgt wird.

Ich glaube, es ist nun an der Zeit, einmal zu prüfen, ob auch die Erfolge gleichen Schritt mit der Vervollkommnung der Einrichtungen zur Behandlung unserer Kranken gehalten haben, ob wir demnach auf dem richtigen Wege sind, oder ob die Irrenversorgung in anderer Weise auszubauen sein würde.

Nehmen wir die Jahresberichte unserer Anstalten zur Hand, so können wir uns der betrübenden Wahrnehmung nicht entziehen, dass die Zahlen der Genesungen gegenüber den Misserfolgen schon an und für sich recht klein sind. Leider sind auch diese angeblichen Heilungen oft fragwürdiger Natur. Es ist eine traurige, aber wahre Thatsache, dass Leute, die eine Psychose durchgemacht haben, selten wieder die frühere Leistungsfähigkeit erlangen, und daran kann die sorgfältigste Anstaltsbehandlung nichts ändern. Auf dieser Erfahrung beruht auch meines Erachtens das Misstrauen, das man vielfach im Publikum den aus der Anstalt Entlassenen entgegenbringt, und nicht bloss auf mittelalterlichen Vorurtheilen, wie es gewöhnlich immer heisst. Zum Unglück stellen sodann die angegebenen Heilungen in der Mehrzahl der Fälle keine Dauererfolge dar. In den Tabellen nimmt unter den als heilbar geltenden Formen meist die Manie den ersten Platz mit den besten Heilergebnissen ein. Sie besitzt aber gerade von allen die grösste Neigung zu Rückfällen. Man wird entgegenhalten können: dass die Psychosen recidivieren, sei doch nicht zu verwundern, da sich die Entlassenen zu Hause oft denselben Schädlichkeiten wieder aussetzen müssen, die den ersten Anfall ausgelöst haben. Diesen Einwurf hat bereits Kraepelin in seiner schönen Schilderung des manisch-depressiven Irreseins entkräftet, er sagt mit Recht: der erste Anfall und auch ein zweiter könne wohl durch eine äussere Ursache bedingt sein, aber der weitere Verlauf der Manie zeige, dass die eigentliche Ursache nicht in äusseren Anstössen, sondern in der besonderen krankhaften Ver-

anlagung gelegen sei. Längere Anstaltserfahrung kann das nur bestätigen. Bei uns befinden sich mehrere Kranke; die nach dem Erlöschen des Anfalls aus rein äusseren Gründen in der Irrenanstalt verbleiben mussten, und die trotzdem neue Anfälle erlitten; ja die Anstaltsbehandlung vermochte nicht zu verhüten, dass die Anfälle mit der Zeit in immer kürzeren Zwischenräumen eintraten, und auch die freien Intervalle insofern sich verschlechterten, als sich eine zunehmende geistige Insufficienz ausbildete. In zweiter Reihe figuriren meist die Alcoholstörungen. Ueber ihre Rückfälligkeit ist in letzterer Zeit soviel geschrieben und gesprochen worden, dass es sich erübrigt, darüber noch Worte zu verlieren. Nach unseren Beobachtungen ist es ganz gleichgültig, ob man diese Art Kranker 2 Monate oder 2 Jahre in der Anstalt zurückbehält; mit verschwindenden Ausnahmen ergeben sie sich wieder dem Trunke, und verfallen von neuem in Geistesstörung. Die melancholischen und stuporösen Formen scheinen sich nach unseren Wahrnehmungen den maniakalischen ähnlich zu verhalten, nur ist bei ihnen oft der Ausgang schon des ersten Anfalls ungünstiger. Die Formen endlich, welche das Gepräge der Paranoia tragen, sind den Anstaltsärzten wegen ihrer ungünstigen Aussichten auf Genesung bekannt.

Die Erfolge der Anstaltsbehandlung können hiernach nicht als voll befriedigend gelten. Nun wird in den Jahresberichten immer betont, dass vielfach die Ursache der Misserfolge darin zu suchen sei, dass die Kranken zu spät in die sachverständige Behandlung der Anstalt gelangten, oft erst dann, wenn ihr Leiden schon zu tiefe Wurzeln geschlagen hätte. Ich fürchte, auch das ist eine Selbsttäuschung der Berichterstatter. Ich könnte wenigstens aus unserer Anstalt eine grössere Anzahl von Beispielen anführen, wo die Kranken sofort bei den ersten deutlichen Zeichen ihrer Geistesstörung zugeführt wurden, wo sie hier dann die sorgfältigste Behandlung erfuhren, wo mechanische und chemische Zwangsmittel, Zelle und Narcoticum ängstlich vermieden und nur physikalisch-diätetische Heilfactoren angewendet wurden, und wo doch das Resultat ungünstig ausfiel: in wenigen Monaten, in so überraschend kurzer Zeit, wie wir es sonst nur bei den organischen Gehirnleiden zu sehen gewohnt sind, hatte sich ein Zustand tiefer Demenz ausgebildet, aus dem hereingebrochenen Sturm war nur eine traurige geistige Ruine gerettet worden.

Für mich bieten aber auch diese Ergebnisse nichts Räthselhaftes. Wir besitzen eben kein specifisches Heilmittel für Psychosen, und nach meiner Ueberzeugung werden wir auch niemals in den Besitz eines solchen gelangen. Meines Erachtens können rüstige Gehirne überhaupt nicht psychisch erkranken, ich erblicke in den Psychosen nur den Ausdruck der Reaktion angeboren invalider Gehirne auf die Schädlichkeiten, welche das innere und äussere Leben mit sich bringt; die Quelle der Invalidität ist in der erblichen Belastung zu suchen, und je schwerer sie ist, um so leichter, gewöhnlicher und unvermeidlicher brauchen die auslösenden Ursachen zu sein. Mir ist es unbegreiflich, wie manche Gelehrte noch immer die Bedeutung der erblichen Belastung abzuschwächen versuchen, indem sie sagen, dass sie noch nicht sicher in jedem Fall erwiesen sei. Laufen denn diese Herrn mit verbundenen Augen in der Welt umher? Würde ich einem Landmann empfehlen, er solle einen fehlerhaften Hengst oder mit Gebrechen behafteten Stier zur Zucht wählen, so würde ich mich ihm gegenüber lächerlich machen. Und, was für die gesammte belebte Natur Giltigkeit besitzt, das sollte für den Menschen nicht zutreffen? In diesen Köpfen scheint der Mensch trotz Darwins Lehren noch immer eine Sonderstellung ausserhalb der Naturgesetze einzunehmen.

Das Mysterium der Erfolglosigkeit unserer Behandlung beruht einfach darauf, dass wir nicht im Stande sind, invalide Gehirne in rüstige zu verwandeln, das Kunststück wird auch die besteingerichtete Anstalt nicht fertig bekommen, weil es ausserhalb des Bereiches der Möglichkeit liegt.

Wir Irrenärzte müssen uns damit trösten, dass die Psychosen hierin das Geschick mancher anderer Krankheiten theilen, und uns mit vorübergehenden Erfolgen, an denen es ja nicht fehlt, begnügen.

Unsere Misserfolge, und als nothwendige Folge davon die zunehmende Ueberfüllung unserer Anstalten, nöthigen uns aber, unsere ganze Aufmerksamkeit der zweckmässigen Unterbringung der Ungeheilten immer mehr zuzuwenden.

Für manche Kranke sind unsere heutigen Anstalten trotz all ihrem Komfort nun sicherlich auf die Dauer nicht der geeignete Aufenthaltsort, sie wirken auf ihren Zustand an und für sich eher verschlimmernd denn bessernd, und zwar, wie mir scheint, aus 2 Gründen. Das traurigste Symptom der Geistesstörung liegt in dem Mangel an Krankheitsgefühl, und hierin nimmt sie allen sonstigen Krankheiten gegenüber eine Ausnahmestellung ein, die die Behandlung oft ausserordentlich erschwert. Je geistig regsamer die Kranken sind, um so drückender empfinden sie den Verlust ihrer Freiheit und Selbstverfügung und den Zwang, den ihnen die Anstalt auflegt, und dessen Nothwendigkeit sie nicht einzusehen vermögen; und

alle die Unterhaltungen, Zerstreuungen und Vergünstigungen können ihnen keinen Ersatz dafür bieten; ja sie machen ihnen den Aufenthalt in der Anstalt oft nur noch widerwärtiger, und Alles, herab bis zum Stempel in der Wäsche, erregt ihren Groll. Sodann trägt dazu, dass sich manche Kranke in der Anstalt unbehaglich fühlen, die in ihr stets mehr weniger herrschende Unruhe bei, von der auch die sogenannten ruhigen Abtheilungen niemals ganz frei bleiben; sie wird sich dem Einzelnen um so empfindlicher bemerkbar machen müssen, je mehr heutigen Tages beim Bau neuer Anstalten das Bestreben dahin geht, die Einzelräume aus ihnen zu verbannen. Keine Reize vermögen schon das Nervensystem des gesunden Menschen so sehr zu erregen und zu schädigen, als die des Gehörs; bei dem Kranken trifft das noch in weit höherem Maasse zu. Ich beobachte oft genug, dass in einem Krankensaal eine einzige laute Kranke ihre bis dahin ruhigen und stillen Mitkranken gleichfalls in Erregung bringt. Jeder aufmerksame Pfleger wird mir die Richtigkeit dieser Beobachtung bestätigen; dass manche Collegen sich davon nicht überzeugen, begreife ich nicht. Es ist ferner eine Thatsache, dass die Gehörstäuschungen durch lärmende Geräusche an Lebhaftigkeit zunehmen und noch lästiger und quälender als gewöhnlich werden, daher ziehen sich solche Kranke gern in stille Ecken und Winkel zurück, und recht oft ist mir von ihnen der wohlthätige Einfluss nach dieser Richtung hin, den einsame Wald-Spaziergänge üben, gerühmt worden.

Wie kann die Lage dieser armen Kranken gebessert und wie können unsere Anstalten überhaupt entlastet werden? Den grössten Fortschritt in der Irrenbehandlung erblicke ich nicht so sehr in dem Neubau schöner grosser Krankenhäuser als darin, dass man erkannt hat, dass die Gefährlichkeit der Irren bei weitem überschätzt ist. Diese wichtige Erkenntniss, dass sie ein grösseres Maass freier Bewegung gut ertragen, hat bereits schöne Früchte getragen, und wird unseren Kranken noch künftig von grossem Segen sein. Von ihr geleitet, hat man sich entschlossen, alle beengenden Gitter und Mauern immer mehr zu entfernen, man ist sodann nach dem Vorbilde von Alt-Scherbitz zur kolonialen Verpflegung unserer Kranken übergegangen, und die dabei gewonnenen Erfahrungen haben nur bestätigt, dass man sich auf richtigem Wege befindet.

Einen grossen Schritt vorwärts nach dieser Richtung hin bedeutet nun die Familienpflege. Zu ihrer Gründung regen sich in jüngster Zeit überall in Deutschland die Hände, zunächst freilich noch in bescheidenen Versuchen. Die Familienpflege betrachte ich als die Krone der freien Behandlung unserer Kranken und als Ideal der Irrenversorgung der Zukunft, und meines Erachtens müssten die Irrenärzte einmüthig Alt's thatkräftiges Vorgehen hierin wirksam unterstützen. Es dürften uns auch unglückliche Ereignisse nicht abhalten, auf dem betretenen Wege fortzuschreiten, denn sie werden eine seltene Ausnahme bilden bei Kranken, die eine längere Anstaltsbehandlung erfahren haben; die bei weitem grösste Zahl der Unthaten Geistesgestörter fällt in die Zeit, wo ihre Krankheit überhaupt nicht erkannt oder in ihrem Ernste von der Umgebung verkannt wurde, so dass die rechtzeitige Unterbringung in der Anstalt versäumt wurde. Was ich bisher von der Familienpflege zu sehen Gelegenheit hatte, hat mich mit den besten Hoffnungen erfüllt. Geistig regsame Kranke, die in der Anstalt grollend und unzufrieden gelebt und sich von jeder Arbeit ferngehalten hatten, änderten sich mit einem Schlage, wurden liebenswürdig und umgängig und beschäftigten sich ohne Weiteres; selbst auf geistig mehr Geschwächte war der belebende Einfluss unverkennbar, den die freie Pflege auf sie ausübt; hatten sie in der Anstalt dumpf und stumpf dagesessen und zu den täglichen Verrichtungen selbst die Ermunterung bedurft, so zeigten sie sich nun aufgeweckter und verrichteten sogar auch noch oft nützliche Arbeiten. Die Befreiung von der quälendsten Empfindung, als Geisteskranke in einer Anstalt eingesperrt zu sein, und die grössere Selbständigkeit und freiere Bewegung bei dieser Form der Pflege, das sind die Hauptfactoren der so wohlthuenden Wirkung auf unsere Kranken; hierdurch wird sie auch der Anstaltspflege meines Erachtens überlegen, und keine Veranstaltung sonst vermag gleich ihr den weiteren geistigen Verfall so sehr aufzuhalten und zu hemmen. Das Gefühl von Behaglichkeit wird noch dadurch verstärkt, dass die Kranken in einer ruhigeren Umgebung leben, als sie in der Regel die Anstalt zu bieten vermag, was, wie ich vorhin bemerkt habe, eine nicht geringe Bedeutung für ihr Befinden hat, und dass sie eine ihnen mehr zusagende Kost bekommen, der, wenn sie oft auch nicht so nahrhaft und so reichlich ist, wie in der Anstalt, doch nicht das Kasernenmässige der letzteren anhaftet. Ich zweifle nicht, dass die Zahl der für die Familienpflege Geeigneten mit dem Interesse der Irrenärzte für sie wachsen wird, und nicht ein kleiner, sondern ein grosser Bruchtheil unserer Kranken ihr übergeben werden kann, dass der Familienpflege kurz die Zukunft gehört, weil sie die beste Pflege unsern Kranken darstellt und dass sich unsere Anstalten immer mehr zu Vorbereitungsstätten für sie ausbilden werden. Und zu den erwähnten Vorzügen kommt als letzter, aber nicht geringster hinzu: diese



Form stellt die billigere Art der Verpflegung Geistesgestörter dar, weil hier der ganze theure Betriebsapparat der Anstalt fortfällt, und in der Regel ein einmaliger ärztlicher Besuch wöchentlich genügen wird. Auf den Kostenpunkt Rücksicht zu nehmen, muss aber um so dringender verlangt werden, als keine Sophistik darüber hinweg täuschen kann, dass die psychischen Erkrankungen im Zunehmen begriffen sind. Human ist es, dass für Sieche, Schwache und Kranke gesorgt wird, und man sie nicht verwahrlosen lässt, aber ebenso sicher ist es unhuman, über die Grenzen des Nothwendigen dabei hinaus zu gehen, und die Gesunden immer schwerer zu belasten, und so einem bedenklichen Circulus vitiosus die Wege zu ebnen. Bewirken die vorstehenden Zeilen, dass sich das Interesse der Collegen einer grösseren Lebhaftigkeit der Familienpflege zuwendet, so ist ihr Zweck erreicht.

Was dabei an Zeit und Geld gewonnen wird, dafür weiss ich noch recht nützliche Verwendung, und darüber zum Schlusse einige Worte.

Müssen wir uns in unseren Erfolgen der einmal psychisch Zusammengebrochenen bescheiden lernen, um so dankbarere und segensreichere Aufgaben erwachsen uns in der Mithilfe zur Verhütung und Vorbeugung geistiger Störungen. Es ist längst von den Aerzten anerkannt, dass die Prophylaxe der Krankheiten ihre beste Behandlung bildet. Mögen auch wir Irrenärzte das nur beherzigen und mit Energie, jeder in seinem Kreise, durch Wort und Schrift aufklärend über die Entstehung und Vermeidung psychischer Krankheiten wirken und in unseren Vereinen die Stätten schaffen, von wo aus wir in diesem Sinne die Behörden und gesetzgebenden Körperschaften beeinflussen.

Zwei der wichtigsten Punkte aus dem überreichlichen Material berühre ich ganz kurz.

Vor allen Dingen müsste unablässig auf die furchtbaren, immer noch im Anwachsen begriffenen Gefahren des Alcoholsmissbrauchs hingewiesen werden, es müsste betont werden, dass sich seine schädlichen Folgen oft weniger dem Trinker selbst als seinen unglücklichen Nachkommen fühlbar machen, und es müsste ausgesprochen werden, dass nur die gänzliche Enthaltsamkeit von geistigen Getränken durch Gesetzeszwang Wandel zu schaffen vermöge. Der zweite Punkt betrifft die Erblichkeit der geistigen Gebrechen und Krankheiten. Vor einigen Monaten ging durch die Zeitungen die Mittheilung, dass man in einem Staate Amerika's durch Gesetz Geisteskranken und deren Kindern das Eingehen der Ehe verbieten wolle. Ein solches Gesetz wird sich kaum durchführen lassen. In Deutschland ist aber in letzterer Zeit, und zwar mit vollem Recht, von den Aerzten verlangt worden, dass die Hygiene Gegenstand des Unterrichts nicht nur in den höheren, sondern auch in den Volksschulen werden müsse; in dem Schulgesundheitsbüchlein müsste dann ein besonderes Kapitel diesem Thema gewidmet und mit Beispielen der verheerenden Wirkung, woran kein Mangel ist, illustriert werden. Indem wir so lehren, das Uebel an der Wurzel anzufassen, werden uns nun auch beglückende Erfolge nicht ausbleiben, insofern wir die Zahlen der psychischen Erkrankungen sich vermindern sehen.

Mit diesen Ausführungen will ich mich begnügen. Ich mache mich darauf gefasst, dass sie manchen Widerspruch hervorrufen werden, aber ich bin überzeugt, dass einmal die Zeit kommen wird, wo auch bei den Irrenärzten nicht derjenige Kulturstaat in grösserem Ansehen stehen wird, der die meisten und prunkvollsten Irrenanstalten sein eigen nennt, sondern der, der die einfachsten — weil zugleich besten — Einrichtungen in der Irrenfürsorge besitzt, und deren am wenigsten nöthig hat.

Dr. M. Schröder, Ueckermünde.

Licht und Leben in die Anstalten.

von Dr. *H.*

Kahle Wände, hübsch weiss, öde und einförmig angestrichen, daran nicht die Spur eines Bilderschmucks, hie und da ein frommer Spruch in Jahrmarktsqualität, die Einrichtung von spartanischer Einfachheit; und darinnen Pflegerinnen, das vielleicht hübsche Gesicht verunstaltet durch das, an den Ohren glatt herabgestrichene Haar, in der Mitte des Schädels der entsetzliche, commentmässige Scheitel, soweit derselbe ev. unter einer Haube in unmöglicher Form zu sehen ist. —

Das ist das Bild einer Anstalt, für das so manche schwärmen. Warum das? Man will doch den Pat. das Heim ersetzen, man will sie doch vergessen lassen, was sie verloren. Verwandeln doch alle Liebhaber einer solchen Abart von Häuslichkeit die eigene Behausung ebenso, wie bald werden sie nach all dem begehren, was sie für die Pat. unnütz halten. —

Jede Frau hat das Bestreben, ihr Heim nicht bloss sauber zu sehen, sondern auch wohnlich, und dann wünscht sich jede sicherlich nicht beständig als Um-



gebung äusserlich imitirte Klosternonnen, sondern Menschen, die ihr, der von der Aussenwelt Abgeschlossenen, den Contact mit dem schönen Verlorenen vermitteln. Hänge man an die, für Reinlichkeitsfanatiker so herrlichen, kahlen, weissen Wände hier ein hübsches buntes Kunstwerk oder Stahlstich, meinetwegen auch einen Bibelspruch, nett ausgeführt, dort einen Spiegel besserer Qualität; die Fensterbretter seien nicht bloss ein Spiel- und Tummelplatz für Fliegen, ein paar Blumenstöcke auf dieselben verändern das ganze Aussehen. Weiter haben die Pat., wie jeder andere Mensch, Freude an ein paar Vögeln, einem Goldfisch etc. Warum soll dies alles nicht durchführbar sein? Dass man natürlich auf den unruhigen Stationen Vögel, Fische und eingerahmte Bilder vermeidet, ist klar. Dalldorf bietet das beste Zeugniss, dass dies alles, auch in pecuniärer Hinsicht, verwirklicht werden kann.

Weiter dann zur Personalbekleidungsfrage. Kämmt und scheitelt man die meist sehr, sehr lebenslustigen Damen blos deshalb, weil man Schwestern markiren will, nun dann gehe man eben den schweren Weg und schaffe sich wirkliche Schwestern an; der glatte Scheitel und die prähistorische Haube allein machen niemand fromm. Und dann —, warum denn überhaupt gerade das von den Stationen verbannen, woran doch Sinnen und Trachten der Frau hängt; auch die Pat. hat die Zeit nicht vergessen, wo sie selbst Geschmack an unschuldigem Putz fand. Eine Wärterin, die ihr Haar trägt, wie es ihr Herrgott wachsen liess, oder — ich bin so ketzerisch — wie es ihr am besten steht, und die ein freundlich helles Dienstkleid ziert, dass bei allem Practischen und Einfachen auch der Mode etwas Rechnung trägt, ist sicher den Pat. tausend mal lieber als alle jenen Gesichter mit dem fromm imitirten Aeusseren und dem dabei so leichten Sinn. Es schadet dem Dienst gar nichts, und auch hierfür giebt es Beispiele, wenn eine Wärterin 5—10 Minuten eher aufsteht und sich so zurecht macht, dass die Kranken das Gefühl haben, Menschen aus der Welt jenseits der Anstalt vor sich zu haben, und nicht durch das Bild einer frommen Schwester beständig an ihr Unglück erinnert zu werden.

Das nur 2 Puncte von der grossen Forderung: Licht und Leben in die Anstalten.

Mittheilungen.

— **Ergebniss der Sammelumfrage betreffend die einheitliche Gestaltung der Anstalts-Jahresberichte.** (Fortsetzung Nr. 9.) Gestatten Sie mir wenige Bemerkungen zur Jahresberichts-Debatte. Abweichend von den Vorschlägen und Ansichten in den Nr. 18 u. 19 der Wochenschrift erblicke ich meinerseits in der Vielgestaltigkeit der Berichte eine willkommene Abwechselung, und würde die Schematisirung — trotz der damit gewonnenen Uebersichtlichkeit — für einen Fehler halten. Was man ersehen will, das findet man bei einiger Uebung und Erfahrung in der Lectüre bald, auch bei der bisher üblichen Verschiedenheit.

Andererseits würde absolute Gleichartigkeit der Stoffanordnung den Jahresberichten von vornherein den Stempel der Eintönigkeit und Langweiligkeit aufdrücken und bewirken, dass dieselben noch weniger gründlich gelesen werden als jetzt. Die verschiedenartige Methodik der einzelnen Verfasser wirkt ohne Zweifel anregend, macht den vielfach trockenen Inhalt der Berichte verdaulicher und gestattet Rückschlüsse auf die Person des Referenten; auch die Eigenart der Anstaltsverhältnisse des Landes, der Verwaltungsbehörden etc. wird besser ausgeprägt.

Sogar die Verschiedenartigkeit der äusseren Form der Brochüre überträgt sich suggestiv auf den Inhalt und erhöht den Eindruck der Abwechselung, sodass man die kleinen Unbequemlichkeiten für die Bibliothekseinrichtung schon in den Kauf nehmen kann.

Auch was die Abfassung der Berichte anbelangt, so ist es offenbar peinlich noch mehr eingeengt zu werden als schon durch manche Provinzialbehörden geschieht. Die jährliche Wiederholung ist ohnehin ziemlich unerfreulich — umsomehr, wenn die Individualität des Autors beschnitten werden soll.

Dr. Langreuter (Weilmünster).

Referate.

— E. Alison: Geisteskranke Zeugen. (Americ. Journ. of Insanity. 1901.) Es ist überaus interessant, zu sehen, wie Juristen (vergl. Buckler) und Psychiater sich bz. partieller Geisteskrankheit verschieden verhalten. In demselben Hefte d. Js. mahnt der erfahrene Superintendent des Matteawan Stat. Hosp. zu besonderer Vorsicht bei den Zeugnissen eines Verrückten (und Hysterischen) mit Rücksicht darauf, dass „eine solche Form von Geistesstörung wie Monomanie, bei welcher früherhin ein Kranker in allen Beziehungen, ausgenommen einer einzelnen, für geistesgesund erachtet wurde, jetzt nicht anerkannt wird“. Eng bei einander wohnen die Gedanken, möchte man hier sagen. A. führt, nach Anführung verschiedener Beispiele, aus einer Entscheidung des höchsten Gerichtshofes der V. St. die folgende Auffassung desselben an: Unzweifelhaft richtig ist es, dass ein Irrer oder geistig nicht Gesunder in Folge seines Geisteszustandes, zu zeugen nicht fähig sein mag. Wie sonst muss aber



diese Incompetenz durch den Gerichtshof festgestellt werden, und zur Beurtheilung ist Beweis zuzulassen.

— In „Geistesstörung und Christliche Wissenschaft", von demselben, handelt es sich um einen Process zur Anfechtung einer Erbschaft einer Jüngerin von Frau Eddy. Die Secte derselben glaubt, wie die als Zeugen vernommenen Anhänger angaben, dass vollständige Uebereinstimmung mit den Lehren von Frau Eddy Jemanden in den Stand setzen würde, ein verlorenes Glied zurückzugewinnen, eine zerrissene Arterie zu vereinigen; vorgerückte Schwindsucht zu heilen; nach vollständiger Ausblutung weiter zu leben; zu überleben, wenn durch Ueberfahren ein Bein abgetrennt und eine unstillbare Blutung erfolgt; einen verwelkenden Baum durch blosses Denken daran wieder kräftig aufsprossen zu lassen. Zu derselben gehören, nach Alison, sehr viel Neurotische, Schwachsinnige, Hysterische, Paranoische u. s. w. Der Ausgang des Processes wird s. Z. hier referirt werden.

Kornfeld.

— Herrmann Rohleder, Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung. 1901. — Geb. 8. — 104 S. — Preis: 4,50 M.

Verfasser bespricht den normalen und anormalen Geschlechtstrieb, die normale und anormale Cohabitation, die natürliche und künstliche Conception. Dabei ist immer zu ergänzen: bei geistig gesunden Menschen; die Psychopathia sexualis lässt Verf. ausser Betracht. Das ist sein gutes Recht und bei der ganzen Anlage des Buches auch zweckmässig, aber es hätte in der Einleitung gebührend hervorgehoben werden müssen. Satyriasis und Nymphomanie sind nach R. „keine psychopathischen Zustände, die Psyche ist ganz normal, nur auf grund hochgradig sexueller Veranlagung und Reizbarkeit als angeborenen, in früher Jugend latenten Zustands tritt allzu leicht ein Ausbruch sexueller Akte ein, wird das psychische Gleichgewicht zu leicht erschüttert. Beides sind abnorm sexuelle Erregungszustände bei sonst normaler Psyche." Darüber kann man natürlich auch anderer Meinung sein. Uebrigens tönen im Geschlechtsleben der Normalen so viele mehr weniger psychopathologischen Nuancen mit, ich erwähne z. B. nur masochistische und fetischistische Neigungen, dass sie nicht völlig unerwähnt bleiben durften, auch wenn Verf., wie gesagt, eine Darstellung der Psychopathia sexualis nicht beabsichtigte. Die Psychophysik des Geschlechtslebens ist noch ein so unbekanntes Gebiet, dass Verf. darüber eben überhaupt nichts mittheilen konnte. Dagegen finden wir einige spärlichen Angaben über die Metaphysik der Liebe. Auch Schopenhauer wird zitirt. Dabei möchte ich an die feine, — nicht metaphysische — Beobachtung dieses Philosophen erinnern, dass in Zeiten sexueller Erregtheit auch die höchsten Kräfte des Geistes zur grössten Thätigkeit bereit sind; gelingt es, durch gewaltige Anstrengung den sexuellen Trieb zu überwinden, so erreicht die geistige Leistungsfähigkeit ihren höchsten Grad — „in solchen Stunden wird oft mehr gelebt als in Jahren der Stumpfheit."

Da das Buch für Praktiker bestimmt ist, hätte Verf. es nicht unterlassen dürfen, wiederholt zu betonen, dass man bei sexueller Anästhesie, Hyperästhesie, Impotenz u. s. f. stets zuerst eine schwere Erkrankung des Nervensystems oder der Psyche ausschliessen muss, bevor man das Leiden als ein sexuelles sui generis behandelt. Ebenso vermisse ich eine genügende Berücksichtigung der forensischen Bedeutung sexualer Störungen. Wenn Verf. sagt (S. 31), dass „der Sexualtrieb, das Drängen nach Begattung im Menschen schon zu einer Zeit (i. d. Pubertät) erwacht, wo von Wollustgefühl noch nichts zu verspüren ist", so ist dem entgegenzuhalten, dass vielfach Kinder mit Wollustgefühl masturbieren, während sie über den Unterschied der Geschlechter noch ganz im Unklaren sind. Zu den Personen mit erzwungener Abstinenz (S. 30) gehören auch die Insassen der Irrenanstalten; hier kommt Masturbation zwar häufig und manchmal in exzessiver Weise vor, sehr oft aber fehlt sie auch bei körperlich ganz gesunden Leuten in den besten Jahren. Ausführlich bespricht Verf. die sexuale Neurasthenie; bei der Schilderung der einzelnen Symptome, z. B. der nervösen Dyspepsie, hätte er vielleicht mehr betonen sollen, dass diese Erscheinungen der Neurasthenie überhaupt, nicht nur der durch Abusus sexualis hervorgerufenen zukommen. Bei der Darstellung der Bedeutung sexualer Exzesse für die Psyche — Verf. steht auf dem richtigen Standpunkt, dass sexuelle Exzesse zu schweren Psychosen nicht führen — hätte im Anschluss an den Satz: „Hysterie und sexuelle Exzesse stehen in engem Zusammenhang, nach Nymphomanie und ähnlichen Exzessen sind schon öfters hysterische Anfälle beobachtet" hervorgehoben werden müssen, dass Hysterische auch sehr oft das Symptom vollkommener Frigidität bieten. Der Vaginismus spielt trotz Arndt's Publication aus dem Jahre 1870 in der Aetiologie der Psychosen nur eine geringe Rolle. Etwas ausführlicher hätte wohl die Defloratio behandelt werden dürfen, z. B. das Verhältniss von Schmerz und Wollust bei der Defloration. Gebührend betont wird die Wirkung der Musik auf den Sexualtrieb; Verf. hätte sich getrost von der Lebemannsmusik der Offenbach und Strauss zu den höheren Sphären des Tristan emporschwingen dürfen, dessen Weisen — ganz unabhängig von der Handlung — in diesem Sinne tiefe Wirkung auszuüben vermögen. Die Musik ist zu ihrem Glück im Gegensatz zur Dichtung und bildenden Kunst etwas, das man nicht greifen kann, eine Art Imponderabilium und deshalb frei; sonst hätte der Kulturhass, wie er von Zeit zu Zeit in einer lex Heinze Gestalt annimmt, ihr schon längst die schönsten Federn vom Leibe gerissen.

Das Buch ist im ganzen, trotz mancher Mängel, die bei einer Neuauflage leicht zu vermeiden sind, eine dankenswerthe Leistung, einzelne Kapitel, wie das über den Coitus interruptus und den Neomalthusianismus, sind erschöpfend. Vermisst habe ich ein zur raschen Orientirung unbedingt nothwendiges Sachregister. Die Diction ist lebhaft, manchmal etwas allzu flüchtig. Besonders „heikle" Dinge lateinisch zu geben, halte ich für überflüssig; die Laien, die solche Bücher lesen, können alle genügend Latein, um sich diese Stellen zu übersetzen; vgl. die Popularität der Krafft-Ebing'schen Psychopathia sexualis. Die Wort-

bildung „Ranzidität" (des Fettes — S. 131) ist entsetzlich. Ed. Hess (Stephansfeld).

— Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden und kranken Zustande, von Dr. Heinrich Obersteiner, k. k. ö. Professor, Vorstand des neurologischen Institutes an der Universität zu Wien. Vierte, vermehrte und umgearbeitete Auflage. Mit 250 Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1901.

Schnell ist der vermehrten 3. Auflage der rühmlichst bekannten Obersteiner'schen Anleitung die um viele instruktive Zeichnungen bereicherte und auf den allerneuesten Stand der Wissenschaft gehobene 4. Auflage gefolgt. Jeder wird die soeben erschienene Herausgabe freudig willkommen heissen, der sich des vortrefflichen, beim Studium wie beim praktischen Arbeiten äusserst nützlichen Werkes zu bedienen pflegt.

Die Eintheilung des Hirnstamms vom obersten Halsmark bis zum vordersten Abschnitt des Sehhügels in 21 mit Buchstaben bezeichnete Querebenen hat sich schon so vielfach bewährt, dass man immer mehr übereinkommt, diese Obersteiner'schen Querebenen einfach mit dem für sie angegebenen Buchstaben zu benennen; so wird man sich zweckmässigerweise bei der Beschreibung pathologischer Verhältnisse viel kürzer fassen und viel eher Missverständnisse vermeiden können. Sehr vortheilhaft ist es, dass Verf. vielen neuen Zeichnungen, z. B. 167 ff., Färbungen nach der Weigert-Pal'schen Methode zu Grunde gelegt hat; vielleicht bedient er sich in den folgenden Auflagen, die wir seinem Buche wünschen, noch mehr der photographischen Reproduktion; für die Herstellung der Negative kann man die Verwendung des Zeiss'schen Mikroplenars — Aequivalentbrennweite 75 mm. — , das jeder Camera angeschraubt werden kann, bestens empfehlen. Ein Mikroskop ist hierbei zum Photographiren überflüssig. Mit farbenempfindlichen Platten erhält man bei Einschiebung des Zettnouschen Filters prächtige Bilder! das Bild kann je nach Bedürfniss dem Präparat gleich gross, es kann grösser und kleiner gemacht werden; das ist abhängig vom Verhältniss des Cameraauszugs zur Brennweite des Objektivs. Ganz neu ist das Kapitel über das Vorderhirn bearbeitet; wir finden sehr gut wiedergegebene Frontalschnitte durch die Hemisphäre und zwar zwischen Parietal- und Occipitallappen, in der Höhe des Spleniums, des Pulvinars, des mittleren und des vorderen Theils des Sehhügels, in der Höhe des Septum pellucidum und des Balkenknie's — sämmtliche Schnitte sind in natürlicher Grösse wiedergegeben. Vielfache Zusätze hat ferner das Kapitel über die centralen Markmassen des Grosshirns erfahren; der Stabkranz, die Commissurfasern des Grosshirns und die Associationsbündel werden hier unter Berücksichtigung der neuesten Litteratur übersichtlich behandelt. Sehr gelungen ist ferner die lichtvolle Darstellung der gegenwärtigen Kenntnisse über die Rinde des Grosshirns; O. behandelt den Befund der Zellfärbung wie der Markscheidenfärbung, der Silberimprägnation, der Gliafärbung und der Färbung nach Marchi. Auch die Verschiedenheiten im Rindenbau sind klar wiedergegeben. Von besonderer Bedeutung ist der Abschnitt über die histologischen Elemente des Centralnervensystems; es ist hier ebenso der normalen wie der krankhaften Verhältnisse gedacht, namentlich die Verhältnisse der Nervenzellen, der Nervenfasern und der kleinen Hirngefässe sind behandelt. Sehr praktisch sind die am Schlusse jedes Kapitels befindlichen, bis in die neueste Zeit vervollständigten Litteraturverzeichnisse. An verschiedenen Stellen sind endlich gute Rathschläge betreffs der technischen Methoden mitgetheilt, die der Beachtung sehr würdig sind.

Georg Ilberg (Sonnenstein).

— Placzek, Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medicin und öffentlichen Gesundheitspflege für die ärztliche Sachverständigenthätigkeit. Leipzig, Thieme, 1901.

Gerade für den Irrenarzt, zu dessen interessantesten und häufig auch dankbarsten Aufgaben die Beschäftigung mit gutachtlichen Angelegenheiten gehört, ist es recht erwünscht, in dem vorliegenden starken Band des Jahresberichts ein zuverlässiges Hilfsmittel zu finden, das ihm zunächst die formalen Bestimmungen in zuverlässiger Weise zusammenstellt, dann die enorme psychiatrische und neurologische Litteratur auf ihre Bedeutung für Unfall und forensische Fragen sichtet und schliesslich auch über die anderweitigen gerichtlich-medicinischen Fragen informirt, die nicht zu unserem Specialgebiet gehören und doch oft genug bei der Begutachtung psychiatrisch-neurologischer Fälle nebenher mit zur Geltung kommen.

Regierungsrath Dr. Lass in Berlin bietet zunächst eine klare Schilderung der vielfältigen Beziehungen zwischen Arzt und Arbeiterversicherung. Es schliessen sich an, eine Abhandlung von Amtsgerichtsrath Wolff in Berlin über „den Einfluss der neuen Unfallversicherungsgesetze auf die Entschädigungsansprüche und das Verfahren", sowie zwei vom allgemeineren Standpunkt aus gehaltene Erörterungen von Oberarzt Dr. Paalzow-Spandau über „Sachverständigenthätigkeit im Allgemeinen" und über „Unfall und specielle Krankheits- und Verletzungszustände".

Das speciellere medicinische Gebiet wird betreten, durch die Ausführungen von Dr. Stolper-Breslau über „Schädel und Wirbelsäule", wobei uns der Abschnitt über die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten besonders interessirt, sowie durch die Aufsätze von Hoffa über „Frakturen und Luxationen der Extremitäten" und von Lesser über „Verletzungen an Hals, Brust und Bauch". Für jeden Arzt gleich wichtig ist die Behandlung der Aufgabe „Unfall und innere Krankheiten" von Litten und Lennhoff. Treffend sind die Hinweise auf den Unfug der Gefälligkeitsatteste. Der Röntgenuntersuchung wird auch bei inneren Leiden gerade in Unfallsachen besondere Bedeutung beigemessen. Erfreulich ist die vorsichtige, kritische Zurückhaltung gegenüber so fragwürdigen Begriffen wie „traumatische Leukämie". Köppen, „Unfall und Gehirnkrankheiten", berichtet über 25, Fürstner, „Rückenmark", über 17 Publikationen. Präcis und doch tiefeingehend behandelt das kritische Referat von M. Lähr über „Unfall



und Neurosen" ein Material von 44 Arbeiten, unter Hervorhebung einer Reihe von Reichsversicherungsamtsentscheidungen. Nach einer kurzen Uebersicht von M. Lähr über „Unfall und periphere Nerven" berichtet Silex über „Unfall und Auge" (47 Nummern), sowie Haike über „Unfall und Gehörorgan, Nase und Kehlkopf" (23 Nummern). Der Darstellung der einschlägigen Fragen aus der „Geburtshilfe und Gynäkologie" von Bröse, „Aus dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexualorgane" von Guts und über „Röntgenstrahlen" von Levy-Dorn folgt eine theoretisch werthvolle Abhandlung über „Unfallversicherungsgesetze und die litterarischen Erscheinungen auf diesem Gebiete in Italien" von Prof. Dr. Mario Carrara in Cagliari (62 Nummern), sowie eine über „Unfallheilkunde und die litterarischen Erscheinungen auf diesem Gebiete in Holland" von Stabsart Dr. Deknatel in Breda. Oberstabsarzt Dr. Paalzow bespricht das „Militärsanitätswesen" und „Unteres Sanitätspersonal". Zu den werthvollsten Abschnitten für unsere Fachgenossen gehört das gründliche, kritische Sammelreferat von Kellner über „Forensische Psychiatrie und Kriminalanthropologie", wenn auch mit der stattlichen Zahl von 110 Nummern noch keineswegs die lange Reihe aller Erscheinungen erschöpft ist. Die Vertiefung in den Gegenstand spricht sich auch schon darin aus, dass selbst wichtige Diskussionen herangezogen werden, so die über Wollenbergs Referat auf der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte 1899 (die übrigens nicht Oktober, sondern April stattfand). Es folgen eine Reihe knapperer, doch nicht minder wichtiger und brauchbarer Referate über „Alcoholismus" und „Epilepsie" von Bratz, über „Civilrechtliche Psychiatrie" von von Krafft-Ebing, über „Hypnotismus" und „Sexuelle Psychopathologie" von Placzek, worauf Haberda in einer ausführlichen Darstellung über „Gerichtliche Medizin" das Wesentlichste dessen bietet, was ausserhalb unseres Specialfachs das Forum noch von dem Arzt zu beanspruchen pflegt: Geschlechtsverhältnisse, Körperverletzungen, Gifte, auch die Frage der Kunstfehler, die Nomenklatur der Todesursachen u. s. w.

Carrara liefert sodann eine reichhaltige Besprechung über „die Neuerscheinungen auf kriminalanthropologischem Gebiete in Italien".

Wenn der letzte Theil des Buchs auch unser Specialgebiet nicht berührt, so ist doch die ausführliche Darstellung der „Sanitätspolizei" von Arthur Schulz als Nachschlagewerk gewiss oft von grossem Werth. Den Abschluss bilden die Aufsätze von Blaschko über „Prostitution und venerische Krankheiten", von Kalle und Friedberger über „Fortschritte auf dem Gebiete der Bakteriologie", von Friedrich über „Fortschritte auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten" und von Weyl über „Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiene".

Ebensosehr durch geschickten Grundplan und umsichtige Eintheilung, wie auch durch die Auswahl zuverlässiger Mitarbeiter, ist es dem Herausgeber gelungen, ein inhaltreiches Buch zu schaffen, das auf dem verwickelten, weitverzweigten und schwer übersehbaren Gebiet der Unfallheilkunde ein äusserst schätzbares, um nicht zu sagen unentbehrliches Hilfsmittel darstellt. Weygandt-Würzburg.

— Schlockow, Roth-Leppmann, Der Kreisarzt (Neue Folge von: Der preussische Physikus). Anleitung zur Kreisarztprüfung, zur Geschäftsführung der Medicinalbeamten und zur Sachverständigen-Thätigkeit der Aerzte. Unter Berücksichtigung der Reichs- und Landesgesetzgebung. Fünfte vermehrte Auflage. Bearbeitet von Dr. E. Roth und Dr. A. Leppmann. Bd. I. Medicinal- und Sanitätswesen. Berlin 1901. Richard Schoetz. 718 S. Ladenpreis für Band I. u. II. broch. 25 M., gebunden 28 M. —

Während der II. Band des vorliegenden Werkes, der bereits früher erschienen und ebenfalls in dieser Zeitschrift (1900, Nr. 37, p. 364) besprochen ist, nur die gerichtliche Medicin behandelte, beschäftigt sich der zu besprechende Band mit der Sanitäts- und Medicinalpolizei. Massgebend für die Anordnung des Stoffes ist die am 23. III. 1901 erlassene Anweisung für die Amtsführung der Kreisärzte, und das erklärt auch hinreichend das verspätete Erscheinen. In erster Linie wird dem Leser dieser Zeitschrift das Irrenwesen interessiren, das in anschaulicher, aber fast zu knapper Weise von Leppmann dargestellt ist. Mit Recht legt Leppmann besonderen Nachdruck darauf, dass es zur Aufnahme eines Kranken in eine Irrenanstalt nicht der blossen Feststellung einer Geistesstörung bedarf, sondern dass ausserdem noch der Mangel einer geeigneten häuslichen Pflege und Ueberwachung oder die wenn nicht schon bestehende, so doch mit Sicherheit dringend zu erwartende Gemeingefährlichkeit weiterhin dargethan werden muss. Neben dem Zweck der Anstaltsaufnahme bespricht L. kurz die verschiedenen Arten der Irrenanstalten, deren Einrichtungen etc. Es hätte vielleicht noch erwähnt werden dürfen, dass u. A. auch die Provinz Sachsen (sowie demnächst, nebenbei bemerkt, die Rheinprovinz) eine besondere Anstalt für Epileptiker hat, und dass neuerdings Privatanstalten bestrebt sind, zugleich geschlossene und offene Abtheilungen zu haben. Ref. möchte die Bemerkung L.'s nicht unerwähnt lassen, dass der § 105 der Dienstanweisung zum ersten Male zum Ausdruck bringt, dass der Med.-Beamte die geeignete Persönlichkeit ist, in Familien untergebrachte Geisteskranke zu beaufsichtigen (sofern das nicht von der Anstalt aus geschieht, Ref.). — Auch der übrige Inhalt des Bandes (Dispensiranstalten, Begräbnisswesen, Infectionskrankheiten etc.) interessirt den Anstaltsarzt und darum sei auch dieser Band den Fachcollegen bestens empfohlen. Ernst Schultze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervortagender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 22. 24. August. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.*)

Von Oberarzt Dr. *E. Schultze* in Andernach, Privatdozent.

Ende vorigen Jahres wurde der hiesigen Provinz.-Heil- und Pflege-Anstalt ein etwa 27 Jahre alter Mann X. übergeben, der sich zu Hause seit einiger Zeit Alkoholexcessen hingegeben hatte. Da sich diese in letzter Zeit mehrten, da sich Unruhe und Schlaflosigkeit einstellten, da X. zudem die Seinigen mehrfach bedrohte und vielfach unzüchtige Redensarten führte, erschien die Anstaltsbehandlung nothwendig. Er lebte sich hier schnell ein, hielt sich durchaus geordnet, arbeitete fleissig und zeigte sich dabei — es handelte sich um die für ihn völlig neue Anfertigung von Bambusmöbeln — überaus anstellig. Er gab einen Theil der ihm zur Last gelegten Ungebührlichkeiten zu; andere leugnete er; andere wusste er in einem milderen Lichte darzustellen. Da seine Familie sich nicht grade des besten Leumundes erfreute, und in seiner Heimath das Gerücht ging, man wolle X. unschädlich machen, der durch seine offenen Reden über das Treiben der Familie diese compromittierte, so beantragte der zuständige Staatsanwalt wegen der Besorgniss, dass es sich um eine sachlich nicht gerechtfertigte Beschränkung der persönlichen Freiheit handelte, die Entmündigung des X., zumal noch gegen X. selbst zur Zeit ein neues Strafverfahren schwebte.

Auf Grund zahlreicher Zeugenvernehmungen und der Anstaltsbeobachtung konnte festgestellt werden, dass X. in geringem Grade von Hause aus schwachsinnig war, dass dieser Schwachsinn aber noch grösser erschien, weil X. infolge mehrfacher körperlicher Krankheiten die Schule recht wenig besucht hatte, und der verbliebene Schulunterricht auch noch zu wünschen übrig liess. In der That hatte er letzthin viel gekneipt und sich in der Trunkenheit allerlei bedenkliche Sachen zu Schulden kommen lassen. Infolge einer früheren Kopfverletzung war er intolerant gegen Alkohol, dessen Genuss er sich um so leichter hingeben konnte, als seine Mutter eine Wirthschaft führte. Die häusliche Umgebung erwies sich schliesslich als wenig einwandsfrei und wirkte mit der völlig unzweckmässigen Erziehung und Behandlung ebenfalls in ungünstigem Sinne auf ihn ein.

Das Gutachten konnte unter diesen Umständen nur zu dem Ergebniss führen, dass die Voraussetzungen des § 6. Z. 1. B. G. B. zur Zeit nicht zutrafen.

Der Staatsanwalt zog darauf hin seinen Antrag auf Entmündigung zurück und theilte gleichzeitig der

*) Nach einem in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 15. Juni 1901 gehaltenen Vortrage.

Anstaltsdirektion mit, dass X. gegen seinen Willen nicht länger in der Anstalt zurückgehalten werden dürfte.

Dies schien schon, wenn auch nicht geboten, so doch gerathen durch Abs. 3 und 4 des § 19 des Reglements über die Aufnahme und Entlassung der der Fürsorge des Rheinischen Provinzial- (und Landarmen-) Verbandes anheimfallenden Geisteskranken etc. vom $\frac{7. II. 1899}{4. X. 1899}$:

„Wenn ein Antrag auf Entmündigung eines Kranken (vergl. § 663 der Civilprozessordnung in der Fassung der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 20. Mai 1898 — R. G. Bl. S. 369 —) endgültig abgelehnt, oder wenn die Entmündigung (vergl. §§ 678, 679 ebenda) rechtskräftig wieder aufgehoben ist, finden auf den Kranken die für freiwillige Pensionäre gültigen Bestimmungen Anwendung.

Freiwillige Pensionäre sind auf ihren Wunsch zu entlassen. Werden ärztlicherseits hiergegen Bedenken erhoben, weil eine Gefährdung der Sicherheit des Kranken oder seiner Umgebung oder der öffentlichen Ordnung zu befürchten ist, so ist dem Landeshauptmann und der Polizeibehörde des Wohnorts entsprechende Mittheilung zu machen. Erfolgt seitens der letzteren Behörde binnen 8 Tagen kein Einspruch, so ist der Kranke zu entlassen und dies beiden Stellen anzuzeigen. Andernfalls ist der Kranke in der Anstalt zu belassen, und sind die bei der Aufnahme eines Kranken vorgeschriebenen Anzeigen (§ 7 des Reglements) zu erstatten".

Da X. sich ohne weiteres bereit erklärte, noch länger in der Anstalt als freiwilliger Pensionär zu bleiben, so ergaben sich keine weiteren Schwierigkeiten aus der Zurückziehung des Antrags auf Entmündigung. Die Staatsanwaltschaft, die officiell hiervon benachrichtigt wurde, verlangte dann noch für ihre Akten die Abschrift einer entsprechenden, mit X. aufgenommenen Verhandlung. Einige Zeit später wurde X. auf seinen Wunsch entlassen. Ueber sein weiteres Schicksal ist uns nichts bekannt geworden.

Dieser Fall veranlasste mich, mich des näheren mit der Frage der Abhängigkeit des Entlassungszwangs von der Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung zu beschäftigen, und ich möchte nicht verfehlen, hierbei zu bemerken, dass der zuständige Erste Staatsanwalt mir die erste Anregung dazu gab.

Um so mehr erscheint heute eine Besprechung der oben aufgeworfenen Frage gerechtfertigt, als inzwischen eine neue Anweisung für Privat-Irren-Anstalten vom 26. III. 1901 erschienen ist, die in ihrem § 10 Z. 3 „die Entlassung muss — unbeschadet der Vorschriften der §§ 11 und 12 — erfolgen: 3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt (§§ 662—663 C. P. O.) oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage (§ 672 C. P. O.) oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss (§§ 675ff. C. P. O.) wieder aufgehoben ist" eine ganz ähnliche Bestimmung enthält.

Um Material für meine Arbeit zu erhalten, habe ich bei einer grossen Zahl von öffentlichen Anstalten angefragt, ob dort eine ähnliche Bestimmung besteht, und ob sich bejahendenfalls bei deren strengen Durchführung Unannehmlichkeiten oder Schwierigkeiten ergeben hätten.

Für die mir ertheilten Auskünfte danke ich auch an dieser Stelle verbindlichst, vor allem den Anstalten, die mir ihre Ansichten und Erlebnisse in ausführlicher Weise mittheilten oder die Akten zur Verfügung stellten.

Ob das Material trotz des dankenswerthen Entgegenkommens der Anstalten auf Vollständigkeit Anspruch machen kann, ist natürlich eine andere Frage. Jedenfalls habe ich nach Kräften versucht, das Meinige hierbei zu thun und Ungenauigkeiten zu vermeiden.

Von einer Rundfrage bei Privatirrenanstalten habe ich Abstand genommen, da ich mir von ihr bei dem noch jungen Alter der betreffenden Bestimmung keinen Erfolg versprach.

In einer Reihe von Provinzen (Hannover, Hessen-Nassau, Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen, Westpreussen), in Baden, Braunschweig, Elsass-Lothringen, Hamburg, Hessen, den Hohenzollernschen Landen, Lübeck, Oldenburg, Württemberg etc. besteht keine derartige Vorschrift. Das Verhalten der Staatsanwaltschaft gegenüber der betreffenden Anstalt im Falle der Ablehnung einer Entmündigung war ein verschiedenes; entweder theilte sie diese officiell der Anstalt mit oder sie unterliess diese Benachrichtigung. Im ersteren Falle begnügte sie sich vielfach mit der blossen Mittheilung, oder sie fügte die Worte hinzu: zur eventuellen Veranlassung der Entlassung, oder aber sie verlangte diese gradezu. In einem solchen Falle schrieb der betreffende Kranke der zuständigen Staatsanwaltschaft, er möchte die Anstalt noch nicht verlassen, weil sein Zustand sich während seines Anstaltsaufenthalts bedeutend gebessert habe, und er hoffe, so weit wieder hergestellt zu werden, dass er sich in der Aussenwelt nützlich machen könne; er bitte also, weiter in der Anstalt verbleiben zu dürfen.

Also ist nicht jede Staatsanwaltschaft a priori der Ansicht, dass Ablehnung der Entmündigung das Fehlen der Anstaltspflegebedürftigkeit bedeute.

In anderen Provinzen (Brandenburg, Ostpreussen,



Pommern, Posen, der Rheinprovinz, Schlesien), sowie im Bereiche der Stadt Berlin besteht eine Bestimmung in dem betreffenden Reglement, nach der der Kranke, dessen Entmündigung abgelehnt oder wieder aufgehoben ist, entlassen werden muss oder gegen seinen Willen nicht mehr länger in der Anstalt zurückgehalten werden darf. Mit anderen Worten, der betreffende Kranke kann noch weiterhin als freiwilliger Pensionär in der Anstalt verbleiben, was z. B. das Reglement der Rheinprovinz ausdrücklich vorschreibt.

Anscheinend besteht die genannte Bestimmung über den Entlassungszwang besonders in den Reglements, die in letzter Zeit entstanden bezw. umgeändert sind. Es wäre nicht mehr als folgerichtig, wenn diese Bestimmung principiell auf die Personen beschränkt würde, welche in der Anstalt nicht mehr bleiben wollen, welche ihre Entlassung verlangen. Wer mag sie daran hindern, in der ihnen zusagenden Umgebung zu bleiben, wenn sie wollen, und es dem ärztlichen Ermessen entspricht? Das gilt natürlich auch für § 10 Z. 3 der Anweisung für Privat-Irrenanstalten vom 26. III. 1901, und ein entsprechender Zusatz wäre, wenn man überhaupt diese Bestimmung billigt, sicherlich zu wünschen gewesen.

Wie schon oben bemerkt ist, findet sich diese Vorschrift in dem neuen Reglement für die Rheinprovinz vom Jahre 1899; sie fehlte in dem früheren Reglement, und bestand andererseits schon vordem gemäss Verfügung des Oberpräsidenten vom 15. 3. 1879.

Die verschiedenen Reglements schreiben nur vor, dass die Entlassung erfolgen muss, wenn die Entmündigung abgelehnt ist. Es muss also zu einer Einleitung des Entmündigung-Verfahrens gekommen sein, und die Möglichkeit würde, streng genommen, nicht hierher gehören, dass das Amtsgericht die Einleitung des Entmündigungs-Verfahrens ablehnte, was oft genug aus rein formellen Gründen (Unzuständigkeit des Amtsgerichts oder Prozessunfähigkeit des Antragstellers, Unterlassung der Beibringung von weiterem Beweismaterial trotz gerichtlicher Aufforderung) geschieht. Ebenso wenig würde der gedachten Bestimmung die Eventualität unterworfen sein, dass die Entscheidung über das Verfahren hinausgeschoben wird, dass also die endgültige Entscheidung in einem neuen, später anzuberaumenden Termine gefällt werden soll. Man wird bei heilbaren Psychosen oft geradezu gezwungen sein, diesen Umweg zu beschreiten, um dem Reconvalescenten noch das weitere Verbleiben in der Anstalt möglich zu machen.

Zieht nach Einleitung des Entmündigungs-Verfahrens der Antragsteller seinen Antrag zurück, so kann das nicht den gleichen Effect für die Anstalt haben wie die Ablehnung der Entmündigung. Der eingangs erwähnte Fall X. bildet nur eine scheinbare Ausnahme; denn der Staatsanwalt zog erst, nachdem durch eine eingehende materielle Würdigung das Fehlen der Voraussetzungen des § 6, Z. 1 des B. G. B. nachgewiesen war, seinen Antrag zurück; er liess es also nicht zu der mit voller Sicherheit zu erwartenden Ablehnung der Entmündigung kommen.

Würde schliesslich der Fall hierher gehören, dass eine vom Amtsgericht ausgesprochene Entmündigung mit Erfolg angefochten wird und zwar deshalb, weil das betreffende Amtsgericht oder der Antragsteller unzuständig war? Soll aus diesem rein formalen Grunde nun die practische Consequenz gezogen werden, dass der Nachweis einer Anstaltspflegebedürftigkeit nicht erbracht ist? Zweifellos, so wenig man es auch erwarten sollte; und die Entlassung müsste erfolgen, da es sich um eine Aufhebung des die Entmündigung aussprechenden Beschlusses handelt; der Grund der Aufhebung wird mit keinem Worte berücksichtigt in den betreffenden Bestimmungen, dürfte also völlig gleichgültig sein.

In Bayern bestimmt eine Verordnung der Ministerien des Innern und der Justiz (November 1895), dass Districtspolizeibehörden von einer zwangsweisen Einschaffung einer geisteskranken Person in die Irrenanstalt der zuständigen Staatsanwaltschaft Anzeige zu erstatten haben, und dass die Staatsanwaltschaft alsdann nach einiger Frist bei der Anstalt anzufragen hat, wie der Zustand der Kranken ist, welche Prognose gestellt wird, ob der Kranke wider seinen Willen sich interniert fühlt und ob er eine gerichtliche Entscheidung über seinen Geisteszustand beantragt. Im Anschluss an diese Ministerialbestimmung schreibt z. B. § 47 II—IV der Anstaltssatzungen der Kreisirrenanstalt München vor:

„Die Anstaltsdirection hat Geisteskranken, welche wider ihren Willen über 3 Monate in der Anstalt untergebracht sind, zur Erwirkung einer gerichtlichen Entscheidung über ihren Geisteszustand durch Vermittlung des Staatsanwaltes auf Ansuchen behülflich zu sein.

Auf letztere Möglichkeit sind die Geisteskranken, unter Umständen auch die unterbringenden Behörden, Kassen und Anstaltsverwaltungen aufmerksam zu machen.

Die einschlägigen Gesuche oder Protokollarerklärungen sind nebst den erforderlichen Belegen sofort der zuständigen Staatsanwaltschaft zur weiteren Veranlassung mitzutheilen".

Entsprechende Vorschriften sind für die Mehrzahl der andern bayerischen Kreisirrenanstalten erlassen.

Also entscheidet auch dort unter Umständen der Ausgang des Entmündigungsverfahrens über die Disposi-



tionsfähigkeit und die Berechtigung der Anstaltsverwahrung. Wenn auch die Konsequenzen, die der Anstaltsleiter aus den jeweiligen gerichtlichen Entscheidungen zu ziehen hat, in den Satzungen nicht ausdrücklich festgesetzt sind, so wird man es doch nur verstehen können, wenn er den Anstaltsinsassen nach Ablehnung der Entmündigung ohne weiteres entlässt.

Eine eigenartige Stellungnahme zu der beregten Frage ist die des Reglements für die Landes-Irren-Anstalten des Königreichs Sachsen. Darnach (§ 4, 4) ist bei Aufnahme beziehentlich Beibehaltung zu längerer Verpflegung vormundschaftliche, bezw. väterliche Zustimmung erforderlich. Hiervon ist abzusehen, 1. im Falle eigener Zustimmung eines Kranken, welcher mit Rücksicht auf den geringen Grad seines Krankseins und auf sein Lebensalter der Bevormundung nicht bedürftig zu erachten ist; 2. im Falle polizeilicher Entschliessung, wenn die Aufnahme beziehentlich Beibehaltung des Kranken mit Rücksicht auf die Gefährlichkeit seines Zustandes polizeilich für nöthig zu erachten, vormundschaftliche Zustimmung aber nicht zu erlangen ist. Abgesehen von diesen Fällen würde die Ablehnung der Entmündigung bezw. deren Wiederaufhebung implicite die Entlassung des Kranken nach sich ziehen; in jedem derartigen Falle würde aber noch an das Kgl. Ministerium des Innern ein Bericht zu erstatten, und dessen Entschliessung einzuholen sein.

Die Besprechung der vorliegenden Frage zerfällt naturgemäss in zwei Unterfragen: einmal wird es sich darum handeln, festzustellen, ob diese Verquickung von Anstaltsbehandlung und Entmündigung oder, correcter ausgedrückt, die Verquickung der Negation dieser beiden Momente principiell richtig ist; daran wird sich die weitere Frage anschliessen, wie gestaltet die Fälle sind, die in der Wirklichkeit eintreten können bezw. eingetreten sind.

Somit ist die theoretische und die practische Seite der Frage zu erörtern.

Die Entmündigung bezweckt, um mit der ersteren Frage zu beginnen, die rechtsgeschäftliche Gefährdung, welche irgend eine Geistesstörung für den Erkrankten oder seine Umgebung nach sich zieht, zu verhüten. Sie setzt voraus eine Geistesstörung, die derart ist, dass durch sie das erkrankte Individuum voraussichtlich dauernd verhindert ist, die überwiegende Zahl seiner Beziehungen zu seiner Familie, zur Gesellschaft, zu seinem Vermögen etc. in sachgemässer Weise zu besorgen.

Nicht jede Psychose berechtigt demnach zu einer Entmündigung; und die Ablehnung der Entmündigung anderseits beweist durchaus nicht die geistige Gesundheit.

Die einzelnen Anstalts-Reglements bezw. Verordnungen (gesetzliche Vorschriften bestehen von sämmtlichen deutschen Bundesstaaten nur in Bremen und Weimar) bestimmen meist genau, wann die Entlassung eines Kranken erfolgen kann bezw. muss. So verschieden sie aber auch lauten, stimmen sie doch im Grossen und Ganzen darin überein, dass der Director in erster Linie dafür verantwortlich ist, dass kein Kranker länger als erforderlich in der Anstalt zurückgehalten wird. Für den vorliegenden Zweck lassen sich folgende allgemeine Gesichtspuncte geltend machen.

Die Anstaltspflegebedürftigkeit interessirt uns hier nur insoweit, als die Anstaltsbehandlung gegen den ausdrücklichen Willen des in der Anstalt Befindlichen in Uebereinstimmung mit den rechtlichen Normen durchgeführt werden darf. Die Gewährung freier Bewegung würde nicht unbedingt die Zustimmung des Internirten in sich schliessen, da dieser doch immerhin befürchten kann, dass die Anstalt bei seiner etwaigen eigenmächtigen Entfernung die Wiedereinlieferung verlangt.

Die erste Voraussetzung der gesetzlichen Berechtigung zur Anstaltsinternirung ist natürlich das Vorhandensein einer Seelenstörung. Geheilte müssen demnach entlassen werden, wobei zu berücksichtigen bleibt, dass der Zeitpunkt des Eintritts der Genesung durchaus nicht scharf zu umschreiben ist. Ebenso muss die Entlassung, wenn das Individuum zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand von einer Gerichts-, Militärbehörde etc. eingewiesen ist, erfolgen, nachdem die gesetzlich zulässige Beobachtungsfrist verstrichen oder die Beobachtung abgeschlossen ist.

Diese Fälle sind einfacher Natur; und relativ einfach gestaltet sich auch die Sachlage, wenn der Kranke von einer Behörde deshalb eingeliefert ist, weil er gemeingefährlich ist; die blosse Mitwirkung bei der Einlieferung wird nicht genügen. So lange die Befürchtung berechtigt ist, dass das Individuum nach seiner Entlassung alsbald wieder gemeingefährlich wird, um diesen neutralen und, wenn man will, auch recht anfechtbaren Ausdruck zu gebrauchen, so lange wird die Anstalt berechtigt sein, die Frage der Entlassung von der ausdrücklichen Zustimmung der betreffenden Behörde (bezw. der Polizeibehörde des zukünftigen Aufenthaltsortes) abhängig zu machen (cf. § 11 — 12 der Anweisung für Privatanstalten vom 26. III. 1901. Für die öffentlichen Anstalten kommt der inzwischen veröffentlichte Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern, betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Kranker



aus den öffentlichen Irrenanstalten vom 15. VI. 1901 in Betracht, auf welchen Erlass hier nicht näher eingegangen werden kann). In der Mehrzahl der Fälle dürfte die Anstalt um ein Gutachten über den Einfluss der Krankheit auf die persönliche Sicherheit des Erkrankten und auf die öffentliche Ordnung angegangen, und dieses Gutachten der Entscheidung der Behörde zu Grunde gelegt werden. Immer geschieht das durchaus nicht; noch unlängst erfuhr ich, dass ein imbeciller, zu Diebstählen neigender Kranker auf Veranlassung der Regierung gegen den Willen der Polizeibehörde entlassen wurde, ohne dass die Regierung sich ihrerseits mit der Anstalt in Verbindung gesetzt hätte. Dass die Beurtheilung nur von Fall zu Fall erfolgen kann, je nach der individuellen Form der Erkrankung, nach dem Character der Persönlichkeit, nach der Art der neuen Verhältnisse, in die der Entlassene übergeführt werden soll, das braucht an dieser Stelle nicht auseinandergesetzt zu werden.

In der Mehrzahl der Fälle wird an dieser eben geschilderten Sachlage wohl nichts geändert, wenn der Kranke einen gesetzlichen Vertreter hat, und dieser die Entlassung verlangt. Gesetzlicher Vertreter ist natürlich der Inhaber der väterlichen Gewalt oder der Vormund. Ob auch der Pfleger die Entlassung seines noch kranken Pflegebefohlenen verlangen kann, wird von den Juristen theils bejaht, theils verneint.

Der Pfleger, der nur für die Erledigung der Vermögensangelegenheiten ernannt ist, ist hierzu sicherlich nicht berechtigt, wohl aber m. E. derjenige, dem die Besorgung der persönlichen Angelegenheiten vom Vormundschaftsgericht überantwortet wird (cf. § 1910, 1915, Abs. 1, 1897, 1800, 1793, 1800, 1631 B. G. B.)

(Fortsetzung folgt).

Mittheilungen.

— Aus **Kraschnitz**. Die ärztliche Leitung des hiesigen deutschen Samariter-Ordens-Stiftes, eines jener Wohlthätigkeitsinstitute, die lange vor der Uebernahme der Fürsorge für Epileptische und Schwachsinnige seitens des Staats sich freiwillig in den Dienst dieser humanitären Aufgaben gestellt haben, ist am 12. d. M. in die Hände eines psychiatrisch vorgebildeten Arztes übergegangen, wie dies eine Ministerial-Verfügung vom J. 1895 für solche Anstalten vorschreibt. Zur Uebernahme der ärztlichen Geschäfte wurde Oberarzt Dr. Bresler-Freiburg i. Schl. von der Prov.-Verwaltung nach Kraschnitz beurlaubt in der Weise, dass derselbe seine Rechte und Pflichten als Provinzialbeamter beibehält und ihm der Rücktritt in den Provinzialdienst unter Anrechnung der Kraschnitzer Dienstzeit freisteht, sodass derselbe dem Stift gegenüber eine unabhängige Stellung einnimmt. Neben dem leitenden Arzt ist noch ein Assistenzarzt im Stift thätig. Das Stift zählt gegenwärtig c. 620 Pfleglinge. Den Dienst versehen Diakone und Diakonissen, welche letztere gegenwärtig durch Hilfspflegerinnen unterstützt werden. Da nämlich interne Zwistigkeiten des Diakonissenverbandes den Austritt von Schwestern zur Folge hatten — den Lesern der psychiatr. Wochenschrift wird dies ja aus den Erörterungen, welche ein Theil der Tagespresse in einer schon ans Lächerliche grenzenden Weise breit tritt, bekannt sein —, mussten die Lücken durch anderweitiges Personal ausgefüllt werden. Durch das opferwillige und dienstbereite Eintreten von Mädchen aus guten Familien der Nachbarorte nimmt die Krankenpflege ihren geregelten Fortgang; Ruhe und Friede ist in das Stift wieder eingekehrt. Die durch Jahrzehnte lange hingebungsvolle Arbeit bewährte Oberin, Selma Gräfin von der Recke-Volmerstein, Tochter des Stifters der Anstalt, welche im Verlauf jenes Conflictes unter anderen Unbilden auch diejenige zu ertragen hatte, dass sie als geistig nicht normal hingestellt wurde, hat den von ihr s. Z. bis zur Erledigung des Streits niedergelegten Dienst wieder aufgenommen, mit einer für ihr hohes Alter seltenen geistigen Frische, durch alle die erlittenen Anfeindungen nicht im geringsten entmuthigt oder niedergebeugt. Es dürfte nicht allgemein bekannt sein, dass die Oberin Selma Gräfin von der Recke-Volmerstein an der Entstehung des segensreichen Gesetzes vom 11. Juli 1891, wodurch in Preussen die öffentliche Fürsorge für unbemittelte Geisteskranke, Epileptiker, Idioten etc. geregelt worden ist, einen nicht unbedeutenden Antheil hat. Als im Frühjahr 1890 Kaiser Wilhelm II. gelegentlich seines Besuchs in Schlesien, Kraschnitz passirte, hatte die Gräfin, soweit irgend thunlich, die Pfleglinge des Stifts an der Landstrasse aufstellen lassen. Der Kaiser war von dem Anblick so vieler unglücklicher Geschöpfe tief gerührt und liess sich noch am selben Abend von dem Bruder der Gräfin, dem Vorsitzenden des Verwaltungsraths des Stifts, über die Lage der Pfleglinge eingehend Bericht erstatten. Wenige Tage darauf begannen im Preussischen Ministerium die ersten Vorarbeiten zu dem erwähnten Gesetze. —

Für die nächste Zeit wird beabsichtigt, einen Theil der Pfleglinge in geeignete, unter ärztlicher Aufsicht stehende Familienpflege unterzubringen und so auch hier diese modernste und freieste Art der Verpflegung, wie sie jetzt in allen Ländern angebahnt wird, einzuführen, andrerseits eine Abtheilung für Gemüthskranke der mittleren Stände einzurichten, da es gerade an Anstalten für solche Gemüthskranke fehlt, deren Angehörige zwar nicht die Unterstützung der Gemeinden in Anspruch zu nehmen brauchen, andrerseits aber nicht in der Lage sind, auf längere Zeit höhere Pensionssätze zu zahlen.



— Ueber die bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Geisteskranken in Betracht zu ziehenden Gesichtspunkte hat sich das Reichs-Versicherungsamt in einer Revisionsentscheidung vom 2. Mai 1901, deren Begründung den Sachverhalt ergiebt, in seinen „Amtlichen Nachrichten", 1901 Nr. 17, wie folgt, ausgesprochen:

„Nachdem der Kläger von dem Vorstande der beklagten Versicherungsanstalt abgewiesen worden war mit der auf das Gutachten des Kreisphysikus sich stützenden Begründung, dass er zu allen leichteren Arbeiten in ungefährdeten Betrieben noch fähig sei, ist in der Berufungsschrift geltend gemacht worden, dass der Kläger, soweit es nicht vorübergehend aus Mitleid geschehe, nirgends Arbeit bekomme, weil er geisteskrank sei. Diese Angabe stimmte überein mit einer Anführung in dem Gutachten des Dr. B. zu R., in dem gesagt wird, in der anfallfreien Zeit scheue sich Jedermann, den als geisteskranken Kläger zu beschäftigen. Wenn das Schiedsgericht, ohne diese Behauptungen zu prüfen oder auch nur zu würdigen, sich lediglich den Gründen des Ablehnungsbescheids und damit dem Gutachten des Kreisphysikus — das auf einmaliger Untersuchung beruhte, übrigens am Schlusse hervorhebt, dass dem Gutachter in einem sehr wichtigen Punkte, nämlich hinsichtlich der Häufigkeit und Dauer der Krankheitsanfälle, keine genügende Kenntniss des Thatbestandes zur Verfügung stehe — angeschlossen hat, so ist damit der Begriff der Erwerbsunfähigkeit verkannt. Bereits in der Revisionsentscheidung 250 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. J. u. A. V. 1893 Seite 95) ist dargelegt worden, dass der Grundsatz der Nichtberücksichtigung der Arbeitsgelegenheit bei Prüfung der Erwerbsfähigkeit in denjenigen Fällen keine Anwendung finde, in denen es sich um eine zwar zur Arbeitsleistung als solcher befähigte, aber gleichwohl durch ein besonders geartetes Leiden vom Arbeitsmarkt ausgeschlossene Person handele. Was dort bezüglich eines körperlichen Krankheitszustandes erörtert worden ist, passt in vielen Beziehungen auch auf den hier gegebenen Fall geistiger Gestörtheit, und zwar unbeschadet der inzwischen in der Revisionsentscheidung 670 (Amtliche Nachrichten des R. V. A. 1898 Seite 390) hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit von Fallsüchtigen angenommenen Grundsätze. Während der Fallsüchtige durch plötzliche Ausbrüche seines Leidens regelmässig nur sich selbst gefährdet, ferner in den anfallfreien Zeiten durchaus zur Arbeit verwendbar sein kann, auch seine Krankheit eher Mitgefühl als Widerwillen zu erwecken pflegt, befindet sich der Geisteskranke in allen diesen Beziehungen in ungünstigerer Lage. Es ist in der Natur der Sache begründet und wird durch die tägliche Erfahrung bestätigt, dass im Allgemeinen Jedermann den Verkehr mit einer als geistig nicht gesund bekannten Person vermeidet, nicht nur wegen der Besorgniss, der Kranke könne in Folge eines plötzlichen Anfalls seiner Umgebung gefährlich werden oder sonst durch sinnloses Handeln Schaden anrichten, sondern vor Allem auch wegen des Gefühls der Scheu und Abneigung, das durch den Zustand eines unter vernunftwidrigen und mehr oder weniger unerklärlichen inneren Einflüssen stehenden Menschen nothwendig hervorgerufen wird. Selbstverständlich werden sich diese Rücksichten je nach der Art und dem Grade der geistigen Erkrankung in den einzelnen Fällen mit verschiedener Stärke geltend machen. Immerhin aber bedarf es, soweit nach Lage der Sache Geisteskrankheit als Erwerbsunfähigkeitsursache in Frage kommt, stets auch einer Erwägung des vorstehend erörterten Gesichtspunkts. In dem vorliegenden Falle zumal musste die Auslassung des Dr. B. in Verbindung mit dem mehrfach in den Verhandlungen erwähnten Umstande, dass der Kläger wiederholt in einer Irrenanstalt untergebracht gewesen ist, und den Anführungen der Berufungsschrift das Schiedsgericht zu weiteren Erhebungen darüber veranlassen, ob der Kläger wegen seines Krankheitszustandes in einem zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit berechtigenden Maasse von dem Arbeitsmarkt allgemein ausgeschlossen war."

Referate.

— **Bericht** über The Journal of mental science. Januar 1901.

In einem der früheren Hefte hat W. Ireland eine Biopathologie von Auguste Comte gegeben. Diesmal kommt Nietzsche an die Reihe, dessen Photographie das Heft schmückt. N. wurde 1844 geboren. Sein Vater hatte 11 Monate an einer Gehirnaffektion zu leiden gehabt, angeblich durch einen Fall verursacht. N. glaubte, dass er seine nervösen Störungen vom Vater geerbt habe. Aus Nietzsche's Jugend sei erwähnt, dass er erst mit 2½ Jahren hatte sprechen lernen. Als Kind liebte er die Einsamkeit, als Student hielt er sich von dem wüsten Rauf- u. Saufleben der Studenten fern. Schon mit 24 Jahren wurde er Prof. der Philologie in Basel. Er komponirte und dichtete. 1870 erkrankte er als freiwilliger Krankenpfleger im deutsch-französischen Kriege an Diphtherie und Cholera nostras. Seitdem litt er an Migräne, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. 1879 liess er sich pensioniren und wanderte ruhelos in der Schweiz und in Italien herum. In seinen Briefen spricht er viel von seinen nervösen Störungen. Seine vom Vater vererbte Kurzsichtigkeit verschlimmerte sich so, dass er jahrelang nichts lesen konnte. Indessen arbeitete er tapfer an seinen Werken. Welche Beziehungen aber zwischen diesen und seinem krankhaften Zustand bestanden, das lässt sich schwer sagen. Ireland zitirt eine reichliche Blumenlese aus seinen Werken. Wohl lässt sich darin eine gesteigerte Reizbarkeit, die Freude am blossen Verneinen, ein excentrisches Wesen erkennen. Doch ist das nicht der Ausdruck eines geisteskranken Gehirns, denn N. ist sich selbst dieser Eigenschaften wohl bewusst. Man kann, wie Ireland, auf das Zusammenhanglose in diesen oder jenen Werken hinweisen (Zarathustra) mit den kurz hingeworfenen Sätzen und Ausrufen, man kann sich über Nietzsche's Ansichten über Moral entsetzen. Was beweist aber das alles bei einem Philosophen? Wie nun Ireland zu der Diagnose kommt, N. habe an Grübelsucht (folie de doute) gelitten, ist mir gänzlich unerfindlich. Die absurde Behauptung von Nordau, N.'s Lehre be-

ruhe auf Sadismus, er habe an Erotomanie gelitten, sollte in einer ernsten Arbeit nicht erwähnt werden.

Die eigentliche Geisteskrankheit scheint im Herbst 1888 eingesetzt zu haben. N. fühlte sich, ganz im Gegensatz zu sonst, ungewöhnlich heiter und glücklich. In seinen Schriften wird die Absurdität noch absurder. Seiner um diese Zeit geschriebenen Biographie gab er den Titel: Ecce homo. In einem Brief unterzeichnete er sich „der Gekreuzigte". Entscheidender aber als dies ist der erste paralytische Anfall in Turin, Ende December 1888. Er wurde in die Privatanstalt von Binswanger in Jena verbracht und nachher von seiner Schwester zu Hause verpflegt. Er starb am 25. Aug. 1900. Nie ist wohl ein philosophisches System durch den Lauf der Dinge an seinem Urheber so sehr ad absurdum geführt worden, wie die Lehren Nietzsche's. Er, der Schöpfer vom Uebermenschen, vom Herrenmenschen, von der Herrenmoral, er, der den Schwachen vernichten will, er, dessen Devise: „Sei hart, unterdrücke das Mitleid" muss sich zuletzt selbst pflegen lassen wie ein hilfloses Kind! Persönlich soll übrigens N. von mildem und zartem Character gewesen sein. Und da macht Ireland die gute Bemerkung: „Es kommt oft genug vor, dass Leute ihr Ideal in einem Character sehen, der ihrem eigenen in jeder Hinsicht entgegengesetzt ist." Ich möchte hier an Conrad Ferdinand Meyer erinnern, der, selbst schwächlich, im Jürg Genatsch einen solchen Kraftmenschen zusammenphantasirt hat. Characteristisch ist übrigens, dass die Werke Nietzsche's im Englischen mangels der Nachfrage nicht vollständig erscheinen konnten. Der nüchterne Sinn des Engländers bewahrt sie vor derlei Abgeschmacktheiten.

Weatherly bespricht die Behandlung der Tuberkulösen in der Irrenanstalt. Manche verlangten besondere Anstalten für tuberkulöse Geisteskranke. Die allg. Ansicht hält es aber für ausreichend, die Tuberkulösen in den einzelnen Anstalten abzusondern.

Percival Mackie hat Blutuntersuchungen bei 100 Geisteskranken angestellt. Er fand meist nur geringe Abweichungen von dem gewöhnlichen Befund bei Gesunden. Wo die Abweichungen bedeutender waren, liess sich trotzdem kein Zusammenhang zwischen der Blutveränderung und dem geistigen Zustand nachweisen, so dass keinerlei Anhaltspunkte für Diagnose, Prognose und Behandlung der betreffenden Geisteskrankheit gewonnen werden konnten.

Stewart weist statistisch nach, dass in der Zeitperiode 1893/97 das Verhältniss der progr. Paralyse zu den andern Psychosen in England abgenommen, die Zahl der Psychosen aber zugenommen habe. 1888/92 betrug die Durchschnittszahl der jährlichen Aufnahmen zur Gesammtbevölkerung 3,7 : 10000, in dem Zeitraum 1893/97 jedoch 4. Das Verhältniss der Aufnahmen der Paralytiker zu den andern Geisteskranken hingegen sank langsam in den Jahren 1893/97 von 8,7 % auf 8,5 %, 8,4 %, 8,2 %. 7,8 %. Vergleicht man den Procentsatz der Paralyse zu den sonstigen Aufnahmen in den beiden folg. Zeitperioden, so ergiebt sich:

Jahr	Männer %	Frauen %	Summe %
1888/92	14,7	3,4	8,9
1893/97	13,1	2,8	7,8

Die etwas starke Abnahme des Procentsatzes bei Männern gegenüber der bei Frauen rührt daher, dass in der zweiten Periode mehr Männer und weniger Frauen als in der ersten aufgenommen wurden.

Die folg. Zahlenreihe will feststellen, welche Rolle die sociale Lage auf die Zu- oder Abnahme des Procentsatzes an Paralytikern spielt.

Jahr	Pensionäre			Normalkranke		
	M. %	Fr. %	Summe %	M. %	Fr. %	Summe %
1888/92	12,9	1,1	7,4	15,0	3,7	9,1
1893/97	13,2	0,9	7,1	13,0	3,0	7,9

Darnach steigt bei den männlichen Privatpatienten der Procentsatz von Paralyse, sonst macht sich überall ein Fallen bemerklich.

Das Ergebniss ist aber nicht einheitlich. Berücksichtigt man die Landestheile, so weisen von 29 Grafschaften 15 eine Steigerung der Erkrankungsziffer der Paralyse auf. Diese tritt besonders in den industriellen und Kohlengebieten hervor. Die Abnahme der Paralyse fällt auf die ländlichen Distrikte. Doch zeigen selbst 8 Städte eine Abnahme.

Wie die Statistik ergeben hat, nimmt die Paralyse in England immer mehr einen aristokratischen Character an. Den Grund der Abnahme der Krankheit bei der gewöhnlicheren Bevölkerung sucht Stewart in einem hygienischeren Leben und den verschiedenen Leibesübungen. In Irland und Schottland ist kein Zurückgehen der Paralyse nachzuweisen.

William Cotton stellt die verschiedenen Bestimmungen des englischen Trunksuchtsgesetzes zusammen, wie es sich allmählich entwickelte. Wir bringen in Kürze das, was wir für erwähnenswerth halten. Nach dem Gesetz ist ein Trunksüchtiger, wer gewohnheitsmässig im Uebermass geistige Getränke zu sich nimmt und dadurch zu Zeiten sich und andern gefährlich wird, oder die Fähigkeit verliert, für sich und seine Angelegenheiten zu sorgen. Unter den geistigen Getränken können ausser dem Alcohol auch solche verstanden werden, die eine ähnliche Wirkung hervorbringen, wie der gewohnheitsmässige Genuss von Chlorol, Chloroform, Aether, Cocain etc.

Die Trunksüchtigen können verschieden untergebracht werden, so bei Aerzten und andern privaten Personen ohne Zwang, nach Privatvertrag, worum sich der Staat nicht kümmert. Es bestehen aber besondre vom Staate concessionirte Asyle für freiwillig sich meldende Trinker. Die Behörde verleiht die Koncession periodisch auf 2 Jahre. Ein Arzt muss

angestellt sein, wenn der Besitzer nicht ein solcher ist. Jede Anstalt wird jährlich wenigstens 2 mal revidiert. Wünscht nun ein Trunksüchtiger aufgenommen zu werden, so muss er ein Gesuch mit der Erklärung, wie lang er bleiben will, an den Inhaber der Anstalt richten. Wunderlich ist, dass in dem Gesuch von zwei Personen bestätigt werden muss, dass der Mann trunksüchtig ist. Die Richtigkeit wird dann noch vom Friedensrichter beglaubigt. Der Trinker muss den angegebenen Termin in der Anstalt aushalten, aber nicht länger als 2 Jahre. Der Patient kann auf seinen Antrag oder den des Anstaltsleiters vom Richter jederzeit entlassen werden. Der Richter kann auch Urlaubsscheine auf 2 Monate ausstellen, während deren sich der Patient unter die Aufsicht einer ehrbaren Person zu stellen hat. Entwischt ein Patient, so kann er zwangsweise zurückgebracht werden, wenn der Anstaltsleiter dies bei der Behörde beantragt.

Solche koncessionirte Anstalten gab's am 6. VIII. 1900 im ganzen 17 mit 305 Insassen (131 M. 174 Fr.). Verf. glaubt, dass ebensoviele Trinker privat untergebracht seien.

Eine zweite Art Anstalten sind die Besserungsanstalten für verbrecherische Trinker. Das Gericht kann den, der ein Verbrechen unter dem Einfluss der Trunkenheit begangen hat und zu Gefängniss oder Zuchthaus verurtheilt worden ist, bis zum längsten Zeitraum von 3 Jahren in eine solche Besserungsanstalt schicken. Aber auch denjenigen Trunkenbold, der sich innerhalb eines Jahres wenigstens 3 kleinere Vergehen hat zu Schulden kommen lassen, kann dies Los treffen.

Am 6. VIII. 1900 existirten in England 5 solche staatliche Besserungsanstalten. Es wurden darin verpflegt 232 (202 Fr. 30 M.). Schottland und Irland haben noch keine derartigen Anstalten.

Ein Trunksüchtiger, der nicht mit dem Gesetz in Konflikt gekommen ist, kann nicht zwangsweise in eine Trinkeranstalt verbracht werden.

Penfold stellte mit der von ihm etwas modifizirten Wasserprobe Untersuchungen an auf Mitral- und Trikuspidal-Insufficienz. Von 26 Herzen zeigten $4 = 16\%$ Mitral- und $24 = 92\%$ Trikuspidal-Insufficienz. Er glaubt, dass die Trikuspidal-Insufficienz vielfach physiologisch ist. An den Mitralklappen fand er gewöhnlich Auflagerungen, bei den Trikuspidalklappen Anlagerungen am Rand. Deshalb sollen auch die Trikuspidalklappen öfter insufficient sein. In 4 Fällen bestand Mitral- und Trikuspidal-Insufficienz zugleich. Bei 3 von den 26 Herzen waren die Aortenklappen insufficient, bei zweien davon waren die Mitralklappen intakt, bei einem nicht. Ferner fahndete P. bei 148 Patienten nach Herzgeräuschen. 59 mal fand er ein Mitralgeräusch und 38 mal ein Trikuspidalgeräusch während der Systole. In 17 Fällen von den letzten war nur ein Trikuspidalgeräusch zu hören, ohne Mitralgeräusch.

In einer der früheren Nummern hatte Newth eine Fütterungsmethode angegeben, die alle andern ersetzen sollte: Man weitet mit dem Finger eine Backe aus und giesst Flüssigkeit hinein, die dann den Schlund hinabrinnt. Nun berichtet Rambaut über 2 Todesfälle bei acuter Melancholie, an denen diese Fütterungsmethode Schuld war. Es fand sich Lungengangrän, offenbar herbeigeführt durch Verschlucken von Speisetheilchen. Bei dieser Gelegenheit sah R. seine 600 Autopsien im Richmond Asyl nach und fand 8 mal Gangrän der Lungen als Todesursache: 2 mal bei progr. Paralyse, 3 mal bei Epilepsie, 3 mal bei acuter Melancholie (darunter die beiden Fälle oben). —

Eine sonderbare Bestimmung enthält das englische Irrengesetz. Darnach macht sich jeder, der gegen Bezahlung eine geisteskranke oder angeblich geisteskranke Person in Kost oder Logis nimmt, eines Vergehens schuldig. So wurde einem Arzt der Process gemacht, der seinen imbecillen Bruder bei sich aufgenommen hatte. Der Arzt hatte von seinen eigenen Mitteln zugesetzt, aber eben doch das Einkommen seines Bruders eingezogen. Da mehrere derartige Fälle vorkommen, indem ja viele Geisteskranke der eigentlichen Anstaltsbehandlung gar nicht bedürfen, verlangt das Journal die Abschaffung dieses absurden, aus alter Zeit stammenden Paragraphen. Jetzt bleibt einem harmlosen Geisteskranken nur die Wahl, zu Hause zu bleiben, oder die Aufnahme in eine Anstalt zu beantragen. Und doch gäbe es genug erfahrene Aerzte, die solche Fälle privat bei sich verpflegen könnten.

Ganter.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Dissertationen:

Ulrich Scheven: Geistesstörung und Verbrechen in Mecklenburg-Schwerin. Rostocker Habilitationsschrift Dec. 1900.

Arthur Peskin: Ueber eine eigenthümliche Form familiärer Erkrankung des Centralnervensystems. — Berlin, December 1900.

Heinrich Köster: Die characteristischen pathologisch-anatomischen Merkmale der syphilitischen Erkrankungen der Hirn- und Rückenmarkshäute. Bonn, Jan. 1901.

Heinrich Hilz: Syringomyelie mit Bulbärsymptomen. — München, Jan. 1901.

Karl Köchling: Ein Beitrag zur Symptomatologie der Zwangsvorstellungen. Giessen, Februar 1901.

Martin Mayer: Ueber die Beeinflussung der Schrift durch den Alcohol. Heidelberg, Febr. 1901.

Ernst Rosenstein: Ueber Meningitis serosa und tuberculosa und die Lumbalpunction als differentialdiagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. — München, Febr. 1901.

Franz Leo Görski: Zur Differentialdiagnose der Polyneuritis peripherica. — Greifswald, Febr. 1901.

Hermann Niemann: Zwei Fälle von Schläfenabscess im Anschluss an Orbitalphlegmone. — Greifswald, Febr. 1901.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 23. 31. August. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.

Von Oberarzt Dr. *E. Schultze* in Andernach, Privatdozent.

(Fortsetzung.)

Ist aber Gemeingefährlichkeit nicht zu befürchten, so verlangt der Wille des gesetzlichen Vertreters, der die Entlassung seines Pflegebefohlenen wünscht, alle Beachtung. Das wird insbesondere bei den Kranken der Fall sein, die auf der Reconvalescenz begriffen sind und die in dem Fortgang des Genesungsprocesses durch die Entlassung nicht geschädigt werden, oder bei den unheilbaren Kranken, denen auch anderorts die ihnen nothwendige Pflege und Aufsicht gewährt werden kann.

In diesen letzteren Fällen wird der Versuch der Entlassung um so unbedenklicher gemacht werden können, als eine vollständig freie Behandlung in der Anstalt oder die probeweise Entlassung, die Beurlaubung, einen Uebergang schafft.

Steht aber zu befürchten, dass der Heilungsprocess durch die Entlassung aus der Anstalt aufgehalten wird, so ist der Vormund sicherlich vom moralischen Standpuncte aus berechtigt und verpflichtet, dem Wunsche der Anstaltsärzte nachzugeben und sich mit der weiteren Detention seines Mündels, auch gegen dessen Willen, einverstanden zu erklären. Auch rechtliche Erwägungen kann der Vormund zur Begründung seines Handelns heranziehen, wie z. B. die Rücksicht auf die Vermögensverhältnisse, die durch die weitere Anstaltspflege weniger beeinträchtigt werden als durch die Schädigung der Erwerbsfähigkeit, welche der aufgehaltenen Genesung zuzuschreiben wäre.

Haben nun die Behörden, denen die Unterstützungspflicht obliegt oder erst zufallen wird, in einem solchen Falle das gleiche Recht? Kann der Ortsarmenverband z. B. verlangen, dass der Kranke bis zu seiner Genesung in der Anstalt verbleibt, da ihm durch die vorzeitige Entlassung nur vermehrte und vermeidbare Kosten erwachsen? Die Frage ist strittig; für ihre Bejahung spricht m. E. eine Entscheidung des Bundesamts für das Heimathswesen vom 15. X. 1881 (Bd. XIII S. 111 der Entsch. dieses Gerichtshofes), nach der der Armenverband unter gewissen Voraussetzungen berechtigt ist, den Unterstützungsbedürftigen auch mit Anwendung von Zwang in die Anstalt bringen zu lassen. Hierfür sprechen auch practische Erwägungen. Denn was soll aus denen werden, die ohne Familie, ohne Vermögen sind und die in Folge ihres Gesundheitszustandes sich selbst nicht überlassen werden können? Der Armenverband ist ja, wenn man will, die letzte Instanz unter den zur Unterstützung kranker Individuen verpflichteten Behörden.



Anders liegt schon der Sachverhalt bei der Unfallversicherung. Sie kann dem Verletzten bedeuten, dass er bei Nichtbefolgung ihrer Rathschläge sich die daraus erwachsenen Nachtheile selber zuschreiben muss; darüber hinaus geht aber ihre Befugniss nicht.

Dabei ist immer vorausgesetzt, dass der noch nicht geheilte Kranke nicht sich oder andern gefährlich werden kann; dass das durchaus nicht die Regel ist, ist hinreichend bekannt.

Bei den an periodischen Erkrankungen Leidenden wird die gesetzlich berechtigte zwangsweise Internirung u. U. deshalb angebracht sein, weil die Aussenwelt mit ihren Eindrücken, Reizen und Schädlichkeiten den Ausbruch einer neuen Phase beschleunigt oder herbeiführt. In den freien Zwischenräumen ist die Anstaltsbehandlung nur vom Gesichtspunkt der Prophylaxe aus geboten. In besonderem Maasse wird das natürlich dann der Fall sein, wenn die Anfälle zu gemeingefährlichen Handlungen führen können, wie denn überhaupt die Gemeingefährlichheit der Kranken nicht immer ein dauerndes, sondern oft genug nur ein zeitweilig auftretendes Symptom sein kann.

Schliesslich wirft sich hier auch die Frage auf, ob der Geisteszustand des in der Anstalt untergebrachten und seine Entlassung fordernden Kranken derart ist, dass sein Wille rechtliche Beachtung beanspruchen kann, ob er, wenn man so sagen darf, in diesem einem Punkte dispositionsfähig ist. Diese Frage, die ungezwungen in Analogie gesetzt werden kann zu der der Verständigung nach § 1910 B. G. B., ist wiederum nur von Fall zu Fall zu erledigen.

Es muss also, soll der Zwang der Anstaltsbehandlung berechtigt sein, das Interesse des Erkrankten oder dritter Personen zum mindesten überwiegen.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass die Voraussetzungen der Entmündigung und die der Anstaltspflegebedürftigkeit im gesetzlichen Sinne durchaus verschieden sind. Nur insofern stimmen beide Fragen durchweg überein, als sie von der Annahme des Vorhandenseins einer Geistesstörung ausgehen. Die Art und Weise aber, wie die Krankheit sich in dem einen oder andern Fall äussern muss, ist eine völlig andere. Diese Voraussetzungen können sich decken; allein sie brauchen es durchaus nicht.

Es lässt sich das nicht besser ausdrücken, als die Begründung des Rheinischen Reglements es gethan hat: Ein Entmündigter m u s s ebensowenig in einer Anstalt leben, als jeder Anstaltspflegling entmündigt werden m u s s.

Wäre wirklich eine derartige Wechselwirkung zwischen beschränkter oder aufgehobener Geschäftsfähigkeit auf der einen, und Anstaltspflegebedürftigkeit auf der andern Seite nothwendig, so wäre es nicht mehr als logisch, auch die Aufnahme von der vorher erfolgten Entmündigung abhängig zu machen. Jedenfalls müsste man diese Forderung stellen, so lange nicht eine andere einwandfreie, richterliche Feststellung des Vorhandenseins einer die Anstaltspflege erfordernden Geistesstörung möglich ist. Der Schritt von einer solchen Bestimmung bis zu der hier besprochenen ist wahrlich nicht gross.

Schon nach der A. O. vom 5. IV. 1804 war u. U. die Aufnahme eines nicht entmündigten Kranken möglich; und je mehr man einsah, dass die möglichst baldige Ueberführung in die Anstalt dem Interesse der Kranken und der Gesellschaft entspricht, um so mehr nahm man von einer solchen Forderung Abstand; dabei ist ganz abgesehen davon, dass schon das Entmündigungs-Verfahren dem Kranken schaden kann, und dass die ausgesprochene Entmündigung den wiederhergestellten Kranken in seinem Berufsleben erheblich zu schädigen vermag.

Noch im vorigen Jahre hat sich der XXV. Juristentag mit der Frage beschäftigt: „Bedarf es gesetzlicher Vorschriften darüber, unter welcher Voraussetzung ein Geisteskranker vor der Entmündigung in eine Anstalt gebracht und ein entmündigter Geisteskranker dort gegen seinen Willen festgehalten werden darf?"

Bedauerlicherweise geschah das ohne die persönliche Hinzuziehung eines Psychiaters bei der mündlichen Verhandlung, wie denn überhaupt Juristen und Psychiater nur zu selten gemeinsam wissenschaftlich ein sie beide interessierendes Problem bearbeiten. Verbindungen wie die der juristisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden sind leider nur recht selten und bestätigen als Ausnahme die Regel.

In dem sehr lesenswerthen Referate betont Vierhaus immer wieder und wieder, hie und da mit einem nicht zu verkennenden Widerspruch gegen das schriftliche Gutachten von Bernhöft, dass die Frage der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche und die Frage nach der Unterbringung oder Festhaltung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt verschiedener Natur sind und deshalb von einander scharf zu trennen sind. „Die erste Frage fällt in das Gebiet der gerichtlichen Thätigkeit, die zweite in das Gebiet der Medicinalverwaltung." (cf. Verhandlungen, Bd. III, p. 292.)

Dieser Leitsatz, der die obige Auffassung zum Ausdruck brachte, wurde von dem Juristentage angenommen — eine nicht zu unterschätzende Stütze für die Richtigkeit der hier vertretenen Anschauung. So sagt auch Ortloff in seiner Arbeit: Zur Irrengesetzgebung



(pg. 63), es sei eine reine Verwaltungsfrage, ob eine nachweisbare Geistesstörung in einem solchen Grade vorhanden sei, dass eine Unterbringung der betreffenden Person in eine Anstalt nothwendig oder wenigstens förderlich sei; die Anstaltsunterbringung soll Sicherungs- und Wohlfahrtszwecken dienen.

In der Begründung sagt Vierhaus an einer Stelle (pg. 283): „es giebt Irre, die einer Aufnahme, wenn auch nur vorübergehenden Aufnahme, in eine Anstalt nothwendig bedürfen, ohne dass die Entmündigung nothwendig wäre, und umgekehrt, es giebt Entmündigte, deren Aufnahme in eine Anstalt nicht nöthig ist.“ Dem entspricht auch die Verfügung vom 28. XI. 99 (cf. S. 1 und 2, § 4). „Die Stellung des Antrags auf Entmündigung kann ausgesetzt werden, wenn der Geisteskranke oder Geistesschwache noch nicht als unheilbar erkannt ist, insbesondere wenn eine baldige Genesung zu erwarten steht. Dies gilt auch von den in Irrenanstalten untergebrachten Personen.“

Den Unterschied formulirt Vierhaus an anderer Stelle (pg. 352) mit den Worten: „Die Entmündigung hat rechtliche Voraussetzungen und rechtliche Wirkungen; die Unterbringung in eine Irrenanstalt ist zunächst nur eine thatsächliche Maassregel, die Rechtsfolgen nicht äussert.“

Sind also die Frage der Entmündigung und die der Nothwendigkeit der Anstaltspflege durchaus heterogen, so ist es sinnwidrig, sie zusammen zu werfen, sei es, dass die Entmündigung vor der Anstaltsaufnahme erfolgen muss, sei es, dass der Aufhebung der Entmündigung unmittelbar die Entlassung folgen muss, wie das die hier zu besprechende Bestimmung verlangt.

Nachdem die principielle Seite der Frage erledigt ist, erübrigt es, deren practische Seite zu besprechen.

An der Hand des Entmündigungsverfahrens soll auseinandergesetzt werden, wie geartet die Fälle sein können, in denen es zu einer Ablehnung der Entmündigung kommt, und in denen die daraus sich ergebende Verpflichtung, den Kranken zu entlassen, zu Nachtheilen für diesen selbst oder für die Gesellschaft führen kann.

Bekanntlich hat der Staatsanwalt das Recht, die Entmündigung wegen Geistesstörung schlechtweg — gleichgültig ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des B. G. B. — zu beantragen. Zu seiner Orientirung fragt er bei den betreffenden Anstalten an. Aber wie lautet diese Anfrage? Vielfach lautet sie, um nur einige Beispiele zu erwähnen, so, ob der in der Anstalt untergebrachte X. sich gebessert hat, oder ob noch Aussicht auf Besserung bezw. Heilung besteht? Er erkundigt sich somit nur nach der Prognose der Störung, nicht nach deren Intensität; und beide Momente zusammen müssen doch bei der Entmündigung berücksichtigt werden. Beantwortet der Anstaltsarzt nun die Frage nach der Heilbarkeit und zwar im negativen Sinne, spricht er sich aber nicht über den Grad der Störung aus — und er thut dies vielleicht absichtlich, getreu dem ihm von den Juristen bei irgend einer Gelegenheit einmal eingeschärften Grundsatze, er habe nichts mehr zu beantworten, als er gefragt werde —, so kann es dazu kommen, dass sich der Gutachter in dem vom Staatsanwalte veranlassten Entmündigungsverfahren gegen die Verhängung der Entmündigung ausspricht; und nun soll der Kranke entlassen werden? Man kann doch unmöglich dem Sachverständigen zumuthen, dass er sich bei einer zwar dauernden, aber die Geschäftsfähigkeit nicht beeinträchtigenden Störung bloss deshalb für das Vorhandensein der Voraussetzungen des § 6, Z. 1 B. G. B. ausspricht, um dem Kranken die ihm vielleicht so nothwendige Anstaltspflege zu sichern.

Von mehreren Seiten wurde in den Beantwortungen meiner Anfragen hervorgehoben, dass sich die Gutachter nicht so unbedenklich gegen die Entmündigung ausgesprochen haben würden, wenn nach dem Anstaltsreglement die Ablehnung der Entmündigung die sofortige, zwangsweise Entlassung der Kranken nach sich gezogen haben würde.

Ich habe mich dem Eindrucke nicht zu entziehen vermocht, dass mancher Staatsanwalt eine dauernde Anstaltsbehandlung ohne Entmündigung sich nicht denken kann. So nur kann man es sich erklären, dass in einem Falle immerzu nach dem Befinden einer Kranken gefragt wurde, die an recht lästigen Zwangsvorstellungen litt. Ja, es wurde das Entmündigungsverfahren eingeleitet, trotzdem vorher die Anstalt ausdrücklich erklärt hatte, dass die übrigens freiwillig in der Anstalt sich aufhaltende Kranke in ihrer Dispositionsfähigkeit nicht im mindesten beeinträchtigt sei. Die Entmündigung wurde abgelehnt. Es vergeht wenig mehr als ein Monat nach Erstattung des Gutachtens, und es erscheint eine neue Anfrage, ob bei der Kranken eine Besserung eingetreten sei. Es vergeht danach wieder ein Monat, und von neuem erscheint die gleiche Anfrage, ob Besserung eingetreten ist oder doch noch erwartet werden kann, eine Anfrage, welche seitens der Anstaltsdirection erst nach einer Mahnung durch die Staatsanwaltschaft beantwortet wurde. Ein schon vor Jahren eingeleitetes Entmündigungsverfahren gegen diese Kranke, als sie zum ersten Male in der gleichen Anstalt war, hatte ebenfalls nicht zur Interdiction geführt.

Man sollte nun meinen, dass der Staatsanwalt von

der Einleitung des Entmündigungsverfahrens absieht, wenn von seiten der Anstalt noch Heilbarkeit oder Besserung der Psychose in Aussicht gestellt wird. Diese Möglichkeit sieht die preussische Ministerial-Verordnung vom 28. XI. 99 (§ 4. Satz 1) ausdrücklich vor, wenngleich sie nur besagt, dass bei Heilbaren die Stellung des Antrags auf Entmündigung seitens der zuständigen Staatsanwaltschaft ausgesetzt werden kann, aber nicht anordnet, dass sie ausgesetzt werden muss. Trotz Heilbarkeit der Psychose wird aber oft genug seitens der Staatsanwaltschaft die Entmündigung beantragt.

Noch vor kurzem erfuhr ich von einem solchen Fall. Der Staatsanwalt beantragte die Entmündigung, obwohl der Kranke als noch besserungsfähig hingestellt wurde. Im Laufe des Verfahrens stellte es sich, um dies hier mitzutheilen, heraus, dass der Kranke an Paranoia litt; da aber keine Bedenken gegen seine Entlassung vorlagen, erfolgte diese, und das veranlasste das Amtsgericht wieder zu der Rückfrage, ob das auf unheilbare Paranoia lautende Gutachten — trotz der Entlassung — aufrecht erhalten wird, und event. wie das eine mit dem andern in Einklang zu bringen ist. Die Anstalt wies in ihrem Schreiben nachdrücklich und zutreffend darauf hin, dass die beiden Begriffe der Unheilbarkeit und Anstaltspflegebedürftigkeit nichts miteinander zu thun haben.

In einem weiteren Falle wurde das Entmündigungsverfahren betrieben, obwohl die Anstaltsdirektion erklärte, die Psychose werde voraussichtlich in wenigen Monaten geheilt sein, und hinzufügte, eine Bestellung der Pflegschaft sei bei dem Fehlen einer Verständigung ohne weiteres möglich. In diesem Falle war die Einleitung des Entmündigungsverfahrens um so unnöthiger, als es sich um die Regelung einer einzigen, leicht übersehbaren kaufmännischen Angelegenheit handelte. Die Entmündigung wurde entsprechend dem Gutachten mit Rücksicht auf die bald zu erwartende und inzwischen auch eingetretene Genesung abgelehnt. Nach § 662 C. P. O. war dem Betreffenden der die Entmündigung ablehnende Beschluss zuzustellen; das erschien bei der Form der Psychose aber eben so wenig angängig wie die persönliche Vernehmung (§ 654 C. P. O.).

Es entspricht durchaus dem Sinne des Gesetzes, dass vorwiegend dauernde, wenn auch nicht gerade unheilbare Störungen den Anlass zu einer Entmündigung geben sollen. § 4 Satz 1 der Min. Anw. vom 28. XI. 99 bestimmt, dass die Stellung des Antrages auf Entmündigung ausgesetzt werden kann, wenn baldige Genesung zu erwarten steht, und dabei muss immer berücksichtigt werden, dass Geistesstörungen überhaupt eine längere Zeit zur Heilung gebrauchen als die Mehrzahl anderer Affektionen.

Mit obiger Auffassung stimmt auch die des Reichsgerichts überein (vgl. Entscheidungen in Civilsachen. Bd. 14, S. 248. Bd. 16, S. 230. Bd. 38, S. 191, cf. Entscheidungen in Strafsachen Bd. 7, S. 426). Um so mehr kann in solchen Fällen die Verhängung der Entmündigung ausgesetzt werden, als hier die Pflegschaft nach § 1910 B. G. B. genügt. Vorausgesetzt ist dabei freilich, dass die Anwendung des Begriffs der Verständigung bzw. Einwilligung keine Schwierigkeiten macht, und dass die Befugnisse des Pflegers auf die gerade in Betracht kommenden Geschäfte ausgedehnt werden. Das Institut der Pflegschaft lässt ja eine solche vom Vormundschaftsgericht zu regelnde Ausdehnung bzw. Einengung der darunter fallenden Obliegenheiten zu, sodass es nach dem Umfange seines Wirkungskreises dem der Vormundschaft recht nahe kommen kann, ebenso wie es sich auch nur auf eine einzige Angelegenheit erstrecken kann. Nothwendigenfalls kann immer noch § 1911 B. G. B. aushelfen. Gewiss hat der Kranke das Recht, die Aufhebung der Pflegschaft zu beantragen, aber auch nur dann, wenn eine Verständigung mit ihm möglich ist, mit anderen Worten nur dann, wenn seine Willenserklärung mit Rücksicht auf den pathologischen Geisteszustand rechtliche Würdigung beanspruchen darf. Bei dieser Gelegenheit sei darauf hingewiesen, dass § 3 Abs. 2 des Erlasses des Ministeriums der Justiz, des Kultus und des Unterrichts in Baden ausdrücklich anordnet, dass die Stellung des Antrags auf Entmündigung ausgesetzt werden kann, wenn bereits ein Pfleger im Sinne des § 1910 Abs. 2 B. G. B. bestellt ist.

Aus dem letzten Satze des § 4 der Ministerial-Anweisung vom 28. XI. 1899 („Jedoch darf der Antrag nicht verzögert werden, wenn die Besorgniss einer sachlich nicht gerechtfertigten Beschränkung der persönlichen Freiheit durch Unterbringung in einer Anstalt obwaltet") kann aber die Berechtigung oder vielmehr Nothwendigkeit eines aktiven Vorgehens der Staatsanwaltschaft bei heilbaren Psychosen nicht unbedingt gefolgert werden.

(Fortsetzung folgt).



Mittheilungen.

— **Ueber die Eröffnung der sechsten rheinischen Provinzialheil- und Pflegeanstalt Galkhausen,** am 5. August 1901, entnehmen wir der Köln. Ztg. folgenden Bericht:

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes vom Jahre 1891 über die öffentliche Armenpflege, welches dem rheinischen Landarmenverbande mehr als 5000 Hülfsbedürftige überwies, erhielt die rheinische Provinzialverwaltung die Aufgabe, in umfassender Weise für die Reform des Irrenpflegewesens einzutreten. Nach jahrelangen Vorbereitungen trat 1897 der Provinziallandtag dem von Herrn Landesdirektor Klein aufgestellten Reformprogramm bei und stellte gleichzeitig die erforderlichen erheblichen Mittel zur Verfügung. Die vorhandenen fünf Anstalten wurden, soweit dieses möglich war, dem Reformprogramm entsprechend umgeändert. Als dann Köln davon Abstand nahm, eine für seine Geisteskranken nothwendige Heil- und Pflegeanstalt zu errichten, und die ihr nach dem erwähnten Gesetz auferlegte Irrenfürsorge der Provinz überliess, wurde beschlossen, eine sechste Anstalt zu errichten und bei dem Bau derselben alle Errungenschaften der Neuzeit in Anwendung zu bringen. Heute steht diese Anstalt vollendet da und ist bereits mit mehr als 400 Kranken beider Geschlechter belegt. Auf ehemals unwirthbarem Heidegrunde in der Nähe der Eisenbahnstation Langenfeld ist eine anmuthige Villenkolonie entstanden, deren Aeusseres eher an eine ausgedehnte Sommerfrische, als an eine Irrenpflegeanstalt erinnert. Der Grundsatz der individuellen Krankenbehandlung kommt auch in den einzelnen Gebäuden zur Geltung; leichte Kranke finden in freigelegenen Schweizerhäuschen, halb unruhige in leichteingefriedigten Villen, unruhige dagegen in lattenumzäunten Gebäuden Unterkunft. Wiesen, Obstanlagen und Blumenbeete erhöhen die Behaglichkeit der Anstalt. Ein angrenzender, mit gutgepflegten Wegen durchzogener Forst ladet zu erquickenden Spaziergängen ein.

Heute fand die Eröffnung der Anstalt statt, zu der sich die Herren Oberpräsident Nasse, Landesdirektor Klein, verschiedene Landesräthe, der Vorsitzende des Provinzialausschusses Graf Beissel (Gymnich), sowie zahlreiche Mitglieder des Provinzialausschusses, von Köln die Herren Oberbürgermeister Becker, Beigeordneter Brugger und mehrere Stadtverordnete eingefunden hatten.

Im Festsaale des Verwaltungsgebäudes, der bis zur Fertigstellung der Simultankirche dem Gottesdienste beider Konfessionen dient, versammelten sich gegen 11 $^1/_2$ Uhr die Festtheilnehmer. Ein aus dem Pflegepersonal gebildeter Gesangchor trug zunächst den Beethovenschen Chor: „Die Himmel rühmen" vor, worauf Herr Landesdirektor Klein folgende Ansprache an die Versammlung richtete:

Es ist eine Festfeier eigener Art, zu welcher ich die Ehre habe, Sie im Namen des Provinzialausschusses hier willkommen zu heissen. Der Gedanke liegt gewiss nahe, dass die Vollendung einer Irrenheilanstalt kein Ereigniss sei, welches sich für eine Festesfreude eigne, und dennoch glaube ich unsere heutige Feier als eine vollberechtigte bezeichnen zu dürfen. Wir beklagen gewiss einerseits die Ursachen und die Nothwendigkeit, welche zur Errichtung dieser neuen Anstalt geführt haben, allein wir glauben anderseits, bei der Vollendung dieser Anstalt Anlass zur Freude zu haben über die grossen Erfolge, welche die psychiatrische und technische Wissenschaft auf dem Gebiete der Irrenpflege errungen haben, zur Freude darüber, dass es diesen vereinten Kräften gelungen ist, für die unglücklichen Geisteskranken ein Asyl zu schaffen, welches ihnen die denkbarste Erleichterung in ihren schweren Leiden darbietet. Verschwunden sind die hohen Mauern, verschwunden die vergitterten Fenster, verschwunden die Tobzellen, verschwunden endlich alle die Einrichtungen, welche man früher für eine Irrenanstalt unentbehrlich hielt. Sie sehen von alledem, was die Phantasie als Schreckgebilde mit dem Begriffe einer Irrenanstalt zu verknüpfen pflegte, nirgendwo eine Spur. Ja, ich bin überzeugt, dass bei dem Rundgange, welchen Sie gleich durch sämmtliche Räume der Anstalt vornehmen werden, der Gedanke, dass Sie sich hier in einer Anstalt für Geisteskranke befinden, vollständig in den Hintergrund treten, und dass bei Ihnen nur die Empfindung zurückbleiben wird, ein wohleingerichtetes Krankenhaus mit Villen für Genesende besucht zu haben. Es ist dies gewiss ein grosser Triumph der Wissenschaft, ein grosser Fortschritt, welchen nur diejenigen voll und ganz beurtheilen können, welche mitten in der Irrenpflege während der letzten vier Decennien gestanden haben. Ich will in dieser Hinsicht nicht zurückgreifen bis zu den Ketten der Geisteskranken in Bicêtre, bis zu den mannigfachen Zwangsmitteln auch in den öffentlichen und staatlichen Irrenanstalten der 1840er bis 1860er Jahre, wie Zwangsjacke, Zwangsstuhl, Mundkorb und dgl., sondern ich erinnere nur an unsere fünf neuen Anstalten aus den 1870er Jahren, welche in diesem Jahre auf eine 25 jährige Wirksamkeit zurückblicken und die damals das Beste und Vollkommenste auf dem Gebiete der Irrenpflege darstellten, aber mit ihren hohen Mauern, den vergitterten Fenstern, und ihren Tobzellen in den Augen eines jeden Menschenfreundes doch nur eine traurige Nothwendigkeit, aber nie und nimmermehr das Ideal einer derartigen Anstalt zu verkörpern vermochten. Diese Erkenntniss hat wesentlich dazu beigetragen, die Rheinische Provinzialverwaltung nach Vollendung der fünf Irrenanstalten in den 1870er Jahren davon abzuhalten, mit dem Neubau ähnlicher Anstalten vorzugehen, abgesehen davon, dass die Provinzialverwaltung bis zum Jahre 1893 nur für die heilbaren Irren zu sorgen hatte, wofür die vorhandenen Anstalten mit einer Belegungsstärke von über 3000 Betten völlig ausreichten. Erst das Gesetz über die erweiterte Armenpflege überwies in dieser Hinsicht dem Provinzialverbande neue Aufgaben, indem es mit dem 1. April 1893 die Verpflichtung zur Unterbringung sämmtlicher Geisteskranker auf den Provinzialverband übertrug; nach Erlass dieses Gesetzes war die Möglichkeit gegeben, das Gebiet der rheinischen Irrenpflege, welches sich in einer eigenthümlichen Weise im Laufe der Zeit entwickelt hatte, nach einheitlichen Grundzügen neu zu ordnen. Ich habe mich mit dieser grossen und



schwierigen Aufgabe vom Tage des Inkrafttretens des Gesetzes vom Jahre 1893 ab befasst und nach eingehendem Studium und dem Besuche auswärtiger Anstalten und vielen Berathungen mit unseren Irrenärzten, insbesondere deren Senior, dem Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Pelman, im October 1895 dem Provinzialausschusse einen Plan zur Reform der rheinischen Irrenpflege vorgelegt. Dieser Plan umfasste folgende Vorschläge: 1. Abstellung der Ueberfüllung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten, sowie Beschaffung weiterer Plätze für Geisteskranke durch Errichtung von Villenbauten mit je 200 Betten bei den Provinzialirrenanstalten zu Grafenberg und Merzig und die Erbauung einer neuen sechsten Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für 800 Kranke nach dem neuesten System (Villen- oder Coloniesystem); 2. Verbesserung der Unterbringung der Kranken in den fünf älteren Provinzialanstalten zu Andernach, Bonn, Düren, Grafenberg und Merzig durch den Umbau und, soweit sich dies nachträglich noch durchführen liess, durch die Umgestaltung der inneren Einrichtungen nach den heutigen Ansprüchen, sowie ferner durch den Neubau eines besonderen Pflegehauses bei der Anstalt zu Düren eine Station für irre Verbrecher; 3. Schaffung grösserer Garantieen für eine gute Behandlung der Kranken und gegen ungerechtfertigte Aufnahme und Zurückhaltung derselben; durch Hebung des Standes des Pflegepersonals mittels Gewährung einer höheren Besoldung sowie Prämien für längere Dienstzeit, ferner mittels Verleihung der Beamtenqualität an erprobte Pfleger und Pflegerinnen, sowie mittels Errichtung von Familienwohnungen für verheirathete Pfleger; sodann durch Vermehrung des Aerztepersonals und Unterstellung der Irrenanstalten unter die medicinisch-technische Beaufsichtigung eines bei der Centralstelle fungirenden Landespsychiaters. Nach Abschluss der vorstehenden (1—3) Arbeiten sollte sodann 4. eine weitere Anstalt für Epileptiker und Geisteskranke für 800 Köpfe erbaut werden. Der Provinzialausschuss hat zur Prüfung dieser Vorschläge eine besondere Commission eingesetzt, welche die einzelnen Vorschläge auf das Eingehendste geprüft und eine Anzahl zwischenzeitlich erbauter neuer Anstalten, insbesondere in der Provinz Sachsen besichtigt hat. Ich darf hierbei die liebenswürdige und erfolgreiche Unterstützung des Herrn Geheimen Sanitätsrathes Dr. Paetz und des Herrn Directors Dr. Alt bei dieser Aufgabe nicht unerwähnt lassen. Der im Jahre 1897 zusammengetretene Provinziallandtag genehmigte die von dem Provinzialausschusse gebilligten Vorschläge und stellte gleichzeitig mit freigiebiger Hand die erforderlichen Mittel im Betrage von zehn Millionen Mark zur Verfügung. Heute sehen wir nun das damals beschlossene Programm bis auf den letzten Punkt, die neu projectirte Anstalt für Epileptiker, welche auch bereits in der Vorbereitung begriffen ist, vollendet. Es ist damit ein grosser Fortschritt auf dem Gebiete der rheinischen Irrenpflege geschehen, und ich darf wohl ohne Ueberhebung sagen, dass die Rheinprovinz wieder mit in der ersten Reihe der Irrenpflege steht. Wir verfügen über sechs und bald über sieben neuerbaute oder wenigstens neueingerichtete Provinzialanstalten mit einer Belegungsstärke für 4000 und demnächst 5000 Geisteskranke. Ferner haben wir die für unheilbare Kranke noch benutzten Privatanstalten so fest an uns angegliedert und mit solchen Kautelen gegen üble Behandlung der Kranken, insbesondere durch unsere Mitwirkung bei Anstellung der Aerzte und die ständige Aufsicht über diese Anstalten versehen, dass jedes Bedenken gegen deren Benutzung auch in psychiatrischen Kreisen geschwunden ist. Sodann sind wir unablässig thätig gewesen, die in Aussicht genommene grössere Garantie für eine gute Behandlung der Kranken zu verwirklichen, indem wir insbesondere das Pflegepersonal durch die bereits erwähnten Maassnahmen erheblich besserten und die Anstalten in allen ihren Theilen einer fortwährenden schärferen Aufsicht von der Centralstelle aus unter Mitwirkung des neuberufenen Landespsychiaters Herrn Geh. Sanitätsrath Dr. Oebeke unterzogen. Das Resultat dieser, mehrere Jahre in Anspruch nehmenden Arbeiten werden Sie heute in dieser Anstalt verkörpert finden, wobei ich nur betonen kann, dass die anderen Heil- und Pflegeanstalten des Provinzialverbandes in dieser Hinsicht hinter Galkhausen nicht zurückstehen. Diesen auf dem Gebiete der Irrenpflege erzielten Erfolgen gilt unsere heutige Feier, womit sich gleichzeitig die Erinnerung an das einundzwanzigjährige Bestehen der Rheinischen Provinzialirrenanstalten verknüpft. Wenn ich die heutigen Zustände auf dem Gebiete der rheinischen Irrenpflege überschaue, so erfüllt hohe Befriedigung und aufrichtige Dankbarkeit mein Herz; Befriedigung darüber, dass es mir vergönnt ist, während eines fast fünfundzwanzigjährigen Zeitraumes an diesen grossen und wichtigen Aufgaben mitzuarbeiten. Dankbarkeit allen denjenigen gegenüber, welche mit mir gearbeitet und zu den erzielten Erfolgen beigetragen haben. Ich habe den Ausdruck dieses Dankes zugleich im Namen der Provinzialverwaltung in erster Linie zu richten an den höchsten Beamten des Staates in unserer Provinz, unsern hochverdienten Herrn Oberpräsidenten Nasse, der sich der Geisteskranken von jeher mit besonderer Wärme angenommen, allen unseren Berathungen über die Reorganisation unserer Irrenpflege beigewohnt und uns bei der Ausführung überall mit Rath und That unterstützt hat. Sodann muss ich vor Allem die technischen Beamten erwähnen, welche sowohl die Neubauten wie Umbauten und Einrichtungen der alten Anstalten mit Umsicht, Fleiss und grossem Geschick entworfen, ausgeführt und geleitet haben, die Herren Landesbaumeister Magunna, Landesbaurath Ostrop und den örtlichen Bauleiter Architekten Baum; ferner die Meister des inneren Ausbaues unserer Anstalten, den unermüdlichen und bewährten Abtheilungsdirigenten, Herrn Landesrath Vorster, unseren auf dem Gebiete der Psychiatrie so erfahrenen Landespsychiater Herrn Geheimen Sanitätsrath Dr. Oebeke, ferner den Herrn Geheimen Medicinalrath Professor Dr. Pelman sowie die Herren Geheimer Sanitätsrath Dr. Paetz und Director Dr. Alt, welche uns so treu mit ihren Rathschlägen zur Seite gestanden haben. Nicht übergehen darf ich hier den um den Grund-



erwerb für diese Anstalt so sehr verdienten Bürgermeister Haas sowie den neuberufenen Director dieser Anstalt, Dr. Herting und die ihm zugeordneten Aerzte, Beamten, welche ohne Ausnahme sich bei der Einrichtung und Belegung dieser neuen Anstalt besondere Verdienste erworben haben. Allen diesen Herren spreche ich zugleich im Namen des Provinzialausschusses aufrichtigsten Dank aus. Der Provinzialausschuss hat, um seinem Danke noch einen besonderen Ausdruck zu geben, den Herren Geheimrath Dr. Paetz, Director Dr. Alt und Bürgermeister Haas ein Album gestiftet und bitte ich, diese kleine Ehrengabe als Erinnerung an die Mitwirkung bei der Reform der rheinischen Irrenpflege anzunehmen. Endlich hat der Provinzialausschuss in Anerkennung der grossen Leistungen des Baumeisters Magunna denselben zum Landesbauinspector ernannt. Zum Schlusse, meine Herren, möchte ich noch einen kurzen, aber inhaltsreichen Wunsch aussprechen: „Möge der Geist wahrer und aufrichtiger Menschenliebe, welcher die Reform des rheinischen Irrenwesens ins Leben gerufen hat dauernd in unseren Anstalten walten, möge dieser Geist stets sämmtliche Beamten und Angestellte aller unserer Anstalten von Director bis zu dem jüngsten Pfleger herab erfüllen, dann werden die rheinischen Irrenanstalten grossen Segen stiften, viel Elend und Kummer lindern und der Provinz sowie allen, welche bei deren Verwaltung mitzuwirken berufen sind, zur Ehre gereichen. Das füge Gott!“

Herr Oberpräsident Nasse sprach dem Provinzialausschusse und der Verwaltung Dank aus für das in dieser Anstalt ausgeführte Werk der Nächstenliebe und erinnerte daran, dass im Jahre 1825 die erste rheinische Irrenpflegeanstalt zu Siegburg in Benutzung genommen wurde. Als im Laufe der Zeit diese und die inzwischen entstandenen zahlreichen Privat-Irrenanstalten dem Bedürfnisse nicht mehr genügten, beschloss die Provinz, auf einmal fünf neue Anstalten zu erbauen, ein Vorgang, der einzig dastehe. Lange waren die Anstalten vorbildlich, bis neue Fortschritte kamen, welche sich die Provinz ebenfalls zu Nutze machte. Bei der zunehmenden Bevölkerung sei es nicht ausgeschlossen, dass später sich die Nothwendigkeit weiterer Bauten ergebe und sicherlich werde bei diesen die Provinz etwaigen Fortschritten sich nicht verschliessen. Der Kaiser verfolge das Bestreben der Provinz im Dienste der Nächstenliebe mit grossem Interesse. Um dieses zu bekunden habe er verliehen: dem Landespsychiater Geh. Sanitätsrath Dr. Oebecke, dem Landesrath Vorster und dem Landesbaurath Ostrop den Rothen Adlerorden 4. Klasse, dem Oberpfleger Kinnen sowie dem Stationswärter Lorenz das Allgemeine Ehrenzeichen.

Herr Direktor Dr. Herting erläuterte hierauf an der Hand des Lageplans die umfangreiche Anstalt. Dieselbe ist ein Krankenhaus, in welchem der Gemüths- und Gehirnkranke speciell ärztliche Behandlung finden solle. Aber nicht nur finden, er solle auch in der Anstalt Behandlung und Genesung suchen und das sei der Wunsch, das weitere Streben des psychiatrischen Praktikus, es möge dem Kranken und Gesunden nicht wie bisher die Irrenanstalt als ultima ratio erscheinen, sondern hoffnungsfreudig möge er Aufnahme und Behandlung in den Heilanstalten fordern. Um den Kranken nach Möglichkeit den ihm aufgenöthigten Aufenthalt in der Anstalt zu erleichtern, sei man bemüht, ihm jedes nur erdenkliche Maass freier Bewegung zu gewähren. Freiheitliche Gedanken und freie Einrichtungen hätten daher Eingang finden müssen und deshalb sei alles vermieden worden, was auf zwangsweise Einsperrung hindeute. Ueberall sei eine wohnliche, behagliche, freundliche Gestaltung der ganzen Umgebung erstrebt worden. Jeder Schablone sei aus dem Wege gegangen und Mannigfaltigkeit und unterhaltender Wechsel in den Gesammtanlagen, in den Einrichtungen, in Beschäftigung, Unterhaltung und ärztlicher Behandlung zum Ausdruck gebracht.

Ueberall würde in weitgehendstem Maasse den Wünschen und Neigungen, dem besonderen Zustande des Einzelnen Rechnung getragen, so dass der Gesichtspunkt der individualisirenden Behandlung als der den Geist der Anstalt am besten wiedergebende bezeichnet werden müsse.

Die Anstalt besteht aus 20 einzelstehenden Krankengebäuden für im Durchschnitt je 40 Kranke und wird mithin im Stande sein, 800 Kranke gleichzeitig zu verpflegen. Eine breite Strasse theilt die Anstalt in zwei korrespondirende Hälften; auf der einen Seite sind die Männer, auf der anderen die Frauen untergebracht. Durch eine Allee wird eine Trennung in die nördlich gelegene sogen. Centralanstalt und die südlich gelegene Villenkolonie bewirkt. In ersterer werden sich alle frisch der Anstalt zugeführten und alle sorgfältiger Ueberwachung und Pflege bedürfende Kranke, in den offenen Landhäusern dagegen alle als harmlos geltenden Kranken und die Rekonvalescenten befinden. In der Centralanstalt werden Thüren und Fenster geschlossen gehalten und die zum Aufenthalt im Freien dienenden Gärten sind mit niedrigem Staketenzaun versehen. Die offenen Landhäuser sind nicht verschlossen, sie liegen frei in den parkartigen Anlagen, innerhalb deren diesen Kranken freie Bewegung ohne weiteres zusteht. Die durchschnittlich zweistöckig angelegten Krankenpavillons enthalten in den Obergeschossen ausschliesslich Schlafräume, in den Erdgeschossen die Tagesräume und Wachsäle für die Bettbehandlung unterworfenen Kranken. Alle Häuser sind mit gedeckten grossen Veranden versehen. Die Ausstattung ist einfach, aber nicht unfreundlich. Die Gärten der Centralanstalt sind gross und übersichtlich mit breiten Wegen, grossen Rasenflächen, Sträuchern, Bäumen und Blumenbeeten versehen. Die Fenster sind nirgends, auch nicht in den Häusern der Unruhigen, vergittert. Drei Gebäude sind für unruhige Kranke bestimmt, ein Lazareth für die Aufnahme der Kranken und Gebrechlichen. Jenseits der Köln-Düsseldorfer Chaussee befinden sich Direktor-, Arzt- und Beamtenwohnung. Ausserdem sind Werkstätten, Küche, Waschhaus u. s. w. vorhanden. Als Ackerfläche werden bebaut 56 Hektar, als Wiesen 8 Hektar; die Parkanlagen gehen unmittelbar in den 45 Ar grossen Forst über. Die Wasserversorgung erfolgt aus einem ein Kilometer entfernten Brunnen von 15 Meter

Tiefe, dessen Pumpen elektrisch angetrieben, das Wasser dem auf dem Maschinenhause errichteten Bassin zuführen. Das Wasser ist hygienisch einwandfrei und in ausreichender Menge vorhanden. Die Abwässer werden Rieselfeldern zugeführt. Die Heizung ist eine centrale Niederdruckdampfheizung, die Beleuchtung eine elektrische.

Bei dem unter Führung der Herren Direktor Dr. Herting und Oberarzt Dr. Kerris alsdann unternommenen Rundgang durch die Anlagen, wurden die von den Herren Landesdirektor Klein und Direktor Herting gemachten Angaben vollauf bestätigt. In der That glaubte man nicht in einer Irrenpflegeanstalt, sondern in einer freundlichen Sommerfrische zu weilen. Nach dem Rundgang versammelten sich die Gäste im Festsaal des Verwaltungsgebäudes zu einem Imbiss. Der Vorsitzende des Provinzialausschusses, Graf Beissel v. Gymnich, brachte während desselben den Kaisertoast, mit besonderer Anerkennung dabei die Verdienste des Herrn Oberpräsidenten Nasse um die Rheinprovinz betonend.

Der Herr Oberpräsident betonte, dass er der Sache der rheinischen Provinzialverwaltung mit ganzem Herzen zugethan sei. Er freue sich, mit Männern zusammen arbeiten zu können, die stets rein sachlich seien, denen keine Arbeit zu schwer sei, wenn es gelte, das allgemeine Wohl zu fördern. Besonders seien die zwei Männer zu nennen: Herr Graf Beissel und der unermüdliche, stets arbeitsfreudige Herr Landesdirektor Klein. Bei allem, was diese zum Wohl unserer schönen Provinz schaffen wollen, würden sie stets bei ihm Unterstützung finden. Der Herr Oberpräsident schloss mit einem Hoch auf die Herren Graf Beissel und Landesdirektor Klein. Weitere Trinksprüche brachten aus die Herren Oberbürgermeister Becker (Köln) auf die Rheinprovinz, Geheimrath Pelman auf die Herren Paetz, Alt und Haas, Geheimrath Paetz (Alt-Scherbitz in Sachsen) auf die rheinische Provinzialverwaltung.

— Der Zeitschrift „Das Recht" (10. VIII. 1901) (Hannover) entnehmen wir den folgenden Auszug aus wichtigen **Entscheidungen:**

Zu § 6 B. G. B. Die Voraussetzungen der zur Entmündigung führenden Geistesschwäche sind bei demjenigen gegeben, der infolge seines geistigen Defektes sich in intellektueller und ethischer Hinsicht ungefähr auf der Entwickelungsstufe eines Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr überschritten hat, befindet. Der Geistesschwache darf nicht befähigt sein, seine Angelegenheiten im Allgemeinen selbstständig zu besorgen, muss aber im Stande sein, unter der schützenden Aufsicht eines Vormundes bei Besorgung dieser Angelegenheiten mitzuwirken. O.-L.-G. Karlsruhe, 30. Mai 1901. (Dr. van Aken.)

Zu § 6 Z. 1, § 104 B. G. B. Ein Geisteskranker kann geschäftsfähig sein.

Der Bekl. ist nach dem Gutachten erheblich psychisch krank. Die Thatsache, dass jemand geisteskrank ist, ist für sich allein weder für die Frage, ob der Kranke entmündigt werden kann, noch für die Frage, ob er auch ohne Entmündigung für geschäftsfähig zu erachten ist, irgendwie entscheidend. Vergl. §§ 6 Ziff. 1, 104 B. G. B. O.-L.-G. Karlsruhe, 2. Mai 1901. (Dr. van Aken.)

B. G. B. 6. Auch wenn sich die geistige Erkrankung in den Formen des Querulantenwahnsinns zeigt, kann eine Entmündigung nur eintreten, wenn die Wahnideen die Person in allen ihren Lebensbethätigungen erfasst haben, sie nach allen Richtungen in der Art beherrschen, dass eine allgemeine geistige Erkrankung als vorhanden angesehen werden muss. (O.-L.-G. Hamburg, 1. April 1901. R. d. O.-L.-G. Bd. 2 S. 447.)

B. G. B. 8. Selbst bei lebenslanger Festhaltung des Geisteskranken in der Heilanstalt muss der ursprüngliche Wohnsitz begrifflich solange fortdauern, bis der Vormund namens des Entmündigten den Willen kundgiebt, den Wohnsitz an den Ort zu verlegen, wo sich die Heilanstalt befindet. Eine solche Kundgebung kann in der Erklärung an sich nicht erblickt werden, durch die der Vormund dem Aufenthalt und der Verpflegung in der Anstalt zustimmt. (O.-L.-G. Karlsruhe, 6. Dezember 1900. R. d. O.-L.-G. Bd. 2 S. 445.)

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Dissertationen:

Hans Karfunkel: Fünf Fälle von Meningitis serosa Berlin, März 1901.

Hans Schulze: Ueber moral insanity. — Berlin, März 1901.

Johannes Müller: Casuistischer Beitrag zu der Lehre von der Pseudologia phantastica. Berlin, März 1901.

Wilhelm Oppermann: Zur Kenntniss der primären akuten Encephalitis. Erlangen, März 1901.

Reinhold Bettes: Ein Fall von Akromegalie mit Sehstörungen. Giessen, März 1901.

Wilhelm Sternberg: Ein Beitrag zur Beurtheilung der hypnotischen Wirkungen des Hedonal. Halle, März 1901.

Heinrich Uphoff: Zur Kenntniss des Morbus Basedowii im Kindesalter. Marburg, März 1901.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Dösen. In der hiesigen Anstalt („Heilanstalt Dösen") welche als städtische Irrenanstalt Leipzigs am 1. Octbr. eröffnet werden soll, sind als Aerzte angestellt: Obermedicinalrath Dr. Lehmann, als Director (bisher Director von Untergöltzsch), Dr. Dehio als Oberarzt (bisher II. Arzt in Bernburg), Dr. Siebert (jetzt in Thonberg), Dr. Klebs (jetzt im Irrensiechenhause Leipzigs), Dr. Lachmann als Assistenzärzte.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 24. 7. September. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.

Von Oberarzt Dr. *E. Schultze* in Andernach, Privatdozent.

(Schluss.)

Die oberste Voraussetzung für die Einleitung der Entmündigung ist im § 2 der betreffenden Anweisung wiedergegeben; sie betrifft die schon mehrfach erwähnte Beeinträchtigung der Geschäftsfähigkeit. Die weitere, wenn man will, principiell weniger wichtige Voraussetzung ist die, dass die Störung dauernd ist. Sind diese beiden Voraussetzungen gegeben, dann muss der Antrag auf Entmündigung möglichst bald gestellt werden, wenn die gedachte Besorgniss besteht; selbstverständlich kann der Staatsanwalt auch weiterhin, nach der Stellung des Antrags, das Entmündigungsverfahren beschleunigen. Ich meine, dass diese Auffassung der Ministerial-Anweisung sich ungezwungen aus den einschlägigen Bestimmungen ergiebt.

Nebenbei möchte ich bemerken, dass ich letzthin unter den periodischen Anfragen der Staatsanwaltschaft bei der Anstaltsdirection des öfteren der Frage begegnet bin: „Befindet sich der X. wider seinen Willen dort?"

Andere Male und, wie mir scheint, neuerdings mehrfach fragt die Staatsanwaltschaft an: Ist der X. gemeingefährlich? Ist seine Entmündigung im öffentlichen Interesse geboten?

Ein derartiges Vorgehen ist insofern ungewöhnlich, als die Beantwortung solcher oder ähnlicher Fragen uns von seiten der Richter vielfach nicht zugemuthet oder auch nur zugestanden wird. Doch diese Frage lassen wir bei Seite. Nehmen wir an, der Anstaltsarzt hält den in seiner Anstalt untergebrachten Kranken für gemeingefährlich; der Staatsanwalt beantragt daraufhin schon die Entmündigung. Der Sachverständige stellt sich gegebenenfalls auf den Standpunkt, dass Gemeingefährlichkeit allein keinen Grund zur Entmündigung abgiebt (cf. Reichsger.-Entscheidung Bd. 38 Nr. 50, cf. Abs. 2 § 2 der Min.-Anw. vom 28. XI. 99: „Aus einem anderen als dem bezeichneten Grunde [d. i. das Unvermögen, seine Angelegenheiten zu besorgen; unter Angelegenheiten sind nicht nur Vermögensangelegenheiten, sondern die gesammten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder u. dgl. zu verstehen] darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder im ausschliesslichen Interesse anderer Personen"). Uebrigens vertritt auch, wie mir berichtet wurde, die Staatsanwaltschaft einer Grossstadt in der Praxis von jeher consequent den Standpunkt, dass die Entmündigung nicht sicherheitspolizeilichen Zwecken

dienen dürfe. Die Entmündigung wird dann vielleicht in einem solchen Falle abgelehnt, entsprechend dem Tenor des Gutachtens; und nun soll der gemeingefährliche Kranke entlassen werden, vorausgesetzt, dass das in Betracht kommende Reglement diesen Spezialfall nicht vorgesehen hat, wie etwa die Bestimmungen des Königreichs Sachsen? Was wird die Polizeibehörde dazu sagen, die den Kranken grade wegen seiner Gemeingefährlichkeit internirt hat? Wer wird für die Folgen aufkommen? Da, wie schon oben erwähnt, in solchen Fällen bei dem Betriebe der Privatanstalten § 11—12 der Minist.-Anweisung vom 26. III. 1901, in öffentlichen Anstalten der Ministerial-Erlass vom 15. VI. 1901 in Betracht kommt, so dürfte es in irgend wie bedenklichen Fällen entweder nicht zur Entlassung kommen, oder eine entsprechende Vorsorge wird getroffen werden.

Dass es solche Fälle in Wirklichkeit giebt, Fälle, in denen die Psychose die Geschäftsfähigkeit nicht im mindesten beeinflusst, aber zu gemeingefährlichen Handlungen Anlass giebt, in denen daher die Verhängung der Vormundschaft nicht angängig erscheint, ist ja sicherlich selten. Aber sie kommen doch vor, und anderenorts (cf. Hoche's Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie pag. 245) habe ich über einen solchen Fall des ausführlicheren berichtet. Folgendes wird hier genügen:

Ein Fuhrmann X. hatte eines Tages den Y. angeschossen und zwar deshalb, weil Y. ihm seine frühere Geliebte, mit der er schon lange verkehrt und auch ein Kind gezeugt habe, abspenstig gemacht und sie geheirathet habe; Y. hindere seine Frau mit Gewalt daran, zu ihm, dem X., zurückzukehren. Da sich bei der gerichtsärztlichen Untersuchung diese Vorstellungen als unmotivirt und somit als krankhaft erwiesen, wurde das Strafverfahren eingestellt, und X., der aus seinen noch vorhandenen Racheabsichten gegen Y. nicht das mindeste Hehl machte, der Anstalt übergeben. Nach Jahresfrist wurde das Entmündigungsverfahren eingeleitet. Hierbei ergab sich, dass X. bereits seit Jahren die gleichen Wahnideen hatte, ohne sie in für ihn bedenkliche oder gar verbrecherische Handlungen umzusetzen. Eine beachtenswerthe Beeinträchtigung der bürgerlichen Selbständigkeit liess sich nicht nachweisen, weder an der Hand des Vorlebens noch der Anstaltsbeobachtung.

Indess bedurfte X. im Interesse der Sicherheit des Y. der ferneren Anstaltspflege, und er war in der Besorgung seiner Angelegenheiten noch weiterhin behindert, da er nicht gleich anderen Kranken freie Bewegung erhalten konnte. Er war somit nur indirect, auf dem Umwege der durch die Gemeingefährlichkeit bedingten Anstaltsinternirung, in seiner civilrechtlichen Stellung geschädigt.

Das Gutachten stellte es dem Ermessen des Amtsrichters anheim, ob eine solche Geistesstörung unter den § 6 Z. 1 B. G. B. falle.

In den Gründen des Entmündigungsbeschlusses wurde darauf hingewiesen, dass X. mit höchster Wahrscheinlichkeit den Mordversuch erneuern werde, dass er sich also mit der menschlichen Gesellschaft, bezw. mit den zum Schutze der menschlichen Gesellschaft gegebenen Gesetzen in Widerspruch setzen werde.

„Wenn nun", fährt der Entmündigungsbeschluss fort, „das Gesetz die Entmündigung von der Unfähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, abhängig macht, so hat es diese Angelegenheiten keineswegs auf die vermögensrechtlichen beschränken wollen; vielmehr will es den Kranken auch gegen die nachtheiligen Folgen schützen, die aus der Unfähigkeit der Sorge für seine eigene Person, insbesondere auch aus der Unfähigkeit, die Bethätigung unbewusst verbrecherischer Neigungen zu unterdrücken, entstehen.

Dass letzteres bei X. — wenigstens noch für eine längere Zeitdauer — der Fall ist, muss mit den Sachverständigen angenommen werden".

X. wurde somit entmündigt. Dass und warum der Entmündigungsbeschluss anfechtbar ist, habe ich am genannten Orte auseinandergesetzt.

Stellt sich das Amtsgericht mit dem Gutachter auf den oben angeführten, ich gebe zu, vielfach angegriffenen Standpunkt des Reichsgerichts, dann hätten die Verwandten ja ein recht einfaches Mittel, ihren in der Anstalt gegen ihren oder seinen Willen untergebrachten Angehörigen aus der Anstalt zu befreien. Vorausgesetzt ist dabei freilich, dass das Amtsgericht dem Antrag auf Einleitung des Entmündigungs-Verfahrens überhaupt Folge giebt, ohne vorheriges Benehmen mit der Anstalt; und das letztere kommt anscheinend doch des öfteren vor.

Es kann sich ferner natürlich ereignen, dass die Anstalt den Kranken in dem der Einleitung des Entmündigungsverfahrens zu Grunde liegenden Atteste für unheilbar erklärt, dass aber die bis zur Einleitung des Entmündigungs-Verfahrens verstreichende Zeit lehrt, dass er noch besserungsfähig und daher nicht zu entmündigen ist.

Ungewollt schadet der Arzt seinem Kranken, wenn er durch sein entgültiges Gutachten eine Ablehnung der Entmündigung und somit seine Entfernung aus der Anstalt herbeiführt. Bei periodischen Psychosen wird man mit einer solchen Möglichkeit um so mehr zu rechnen haben, als einmal eine lange Krankheitsdauer



vorliegen kann, und als uns andrerseits Ueberraschungen hinsichtlich der Prognose gerade hier durchaus nicht erspart bleiben.

Es ist des öfteren Bezug genommen auf die Art der Anfrage, die der Staatsanwalt an die Anstaltsdirection richtet, um sich über die Frage zu orientiren, ob ein Bedürfniss zur Entmündigung vorliegt. Am einfachsten und zweckentsprechendsten ist, meine ich, die Frage so zu formuliren: „Ist die Geistesstörung des dort untergebrachten X. voraussichtlich unheilbar? Wenn ja, hindert sie ihn, seine Angelegenheiten zu besorgen?“ Es kann dann immer noch die Frage angeschlossen werden, ob nach Ansicht der Direction ein besonderer Anlass vorliegt, der die Bestellung einer Vormundschaft oder Pflegschaft wünschenswerth erscheinen lässt.

Eine andere Möglichkeit ist die, dass der Staatsanwalt aus irgend einem Grunde den Antrag auf Entmündigung stellt, dass das Gutachten des Sachverständigen aber, da der Staatsanwalt eine Entmündigung nur wegen Geistesstörung beantragen kann, zu einem negativen Schluss kommt, da der zu Entmündigende an Trunksucht leidet. Man kann freilich einwenden, Trunksucht sei auch eine Geistesstörung, und ich bin gewiss der letzte, diesen Standpunkt zu leugnen. Vor dem Civilrichter würde ich diesen Standpunkt aber nicht einnehmen. Den eifrigen und langjährigen Bemühungen der Aerzte ist es gelungen, die Trunksucht als einen weiteren Grund zur Entmündigung einzuführen, und an uns liegt es, den Nachweis zu erbringen, wie nothwendig eine solche Maassregel ist, und wie segensreich sie wirken kann, wenn die Kenntniss der Möglichkeit der Entmündigung wegen Trunksucht in weitere Kreise dringt, und wenn die Entmündigung in allen passenden Fällen stattfindet. An Gelegenheit, die Existenzberechtigung der Entmündigung wegen Trunksucht zu erweisen, fehlt es uns wahrlich nicht.

Würde gegebenenfalls die Ablehnung der Entmündigung die Entlassung des Trunksüchtigen herbeiführen, so würde daraus nur das Bedenkliche der vorliegenden Bestimmung hervorgehen, und schliesslich würde das Fehlen der Befugniss der Staatsanwaltschaft, auch bei Trunksüchtigen die Entmündigung zu beantragen, ins rechte Licht gesetzt. Daraus würde sich denn auch das Unlogische ergeben, das darin liegt, dass der Staatsanwalt einmal die Irrenanstalt überwachen soll, und dass er andrerseits kein Recht hat, bei den Trunksüchtigen, die bei dem Fehlen von Trinkerheilanstalten vorläufig noch in Irrenanstalten untergebracht werden, die Entmündigung zu beantragen, um so den nach mancher Ansicht einzigen Weg einzuschlagen, sich von dem Vorhandensein der Berechtigung zur Anstaltsinternirung zu überzeugen. Schliesslich kann ja der Staatsanwalt den Verwandten rathen, gegen ihren kranken Angehörigen die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen. Wird er aber damit vielen Erfolg haben?

An der hiesigen Anstalt werden wir demnächst einen solchen Fall zu verzeichnen haben, und wenn es dennoch nicht zur zwangsweisen Entlassung des Trunksüchtigen kommen wird, der viele Schandthaten begangen hat, so wird daran nur der Umstand schuld sein, dass die Familie inzwischen den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht gestellt haben wird. Andernfalls wird der Kranke nach Ablehnung der Entmündigung entlassen werden müssen und, da niemand sonst sich um ihn kümmert, wieder nach Hause gehen müssen. Die häuslichen Verhältnisse sind hier aber die denkbar ungünstigsten, und der Kranke wird voraussichtlich sich sehr bald wieder der Trunksucht ergeben.

In einem mir bekannten Falle hatten 2 Sachverständige den an alkoholismus chronicus Leidenden für blödsinnig erklärt. Der Amtsrichter erklärte aber, dass er mit seinem Gerichtsschreiber nicht den Eindruck bekommen habe, dass der zu Entmündigende blödsinnig sei; er mache lediglich den Eindruck eines Alkoholisten. Da der zu Entmündigende zudem seinen Zustand in treffender Weise selbst erklärte und darlegte, so wurde die Entmündigung abgelehnt, obwohl im Gutachten nachdrücklich auf die Möglichkeit des erneuten Ausbruchs eines Delirium tremens und dessen Folgen hingewiesen wurde. Dieser Einwand wurde richterlicherseits dadurch widerlegt, dass auch auf andere Weise für den Provocaten gesorgt werden könne, durch Aufnahme in eine Krankenanstalt etc., eine Annahme, welche schlagend beweist, wie wenig der Amtsrichter von der Trunksucht und ihrer Behandlung verstand. Die vom Staatsanwalt erhobene Beschwerde hatte keinen Erfolg. Der Mann musste entlassen werden. Bald darauf wurde er verhaftet wegen Bettelei und Landstreicherei; ins Untersuchungsgefängniss gebracht, hing er sich auf. Eine bei den Akten befindliche copirte Schriftprobe lässt einen deutlichen Tremor erkennen, und dass das Suicidium die Folge eines neuen Delirium tremens ist, ist eine Annahme, die zu nahe liegt, als dass man nicht an sie denkt; hatte er doch selbst vorher geklagt über Krampfanfälle und das Gefühl von Kranksein; zum mindesten handelte es sich um eine erneute Alkoholintoxikation.

Ebenso berechtigt ist aber auch die weitere Annahme, dass der Selbstmord höchstwahrscheinlich



nicht passirt wäre, wenn der Kranke noch weiter hätte in der Anstalt verbleiben dürfen. Die gewaltsame Entfernung des Kranken aus der Anstalt war hier um so riskanter, und das Unglück um so mehr zu erwarten, als schon mehrfache Versuche einer Entlassung fehlgeschlagen waren.

Nur der Vollständigkeit halber sei der richterliche Einwand erwähnt, dass auch in Irrenanstalten sich Selbstmorde in allerlei Formen ereignen; eines weiteren Kommentars enthalte ich mich. Ueber die Entmündigungsreife dieses Alkoholisten wage ich nicht zu urtheilen.

Wenn der Amtsrichter, von dem traurigen Ausgang der Angelegenheit benachrichtigt, schrieb, es könne im Interesse der Kranken liegen, die Entscheidung über ihren Geisteszustand, solange dieser zweifelhafter Natur sei, nicht voreilig zu betreiben, so werden wir dem sicherlich und unbedingt beistimmen können.

Schliesslich habe ich noch erfahren, dass es in einer Grossstadt hin und wieder vorgekommen ist, dass nicht die Anstaltsärzte zu Gutachtern ernannt wurden, und dass das von anderen Aerzten erstattete negative Gutachten zu einer Ablehnung der Entmündigung führte. Bei gefährlichen Irren fragte die Polizei bei der Anstalt an, ob auch nach deren Ermessen der betreffende Kranke genesen sei. Im verneinenden Falle wurde das Verfahren erneuert. Weitere Einzelheiten vermag ich leider nicht anzugeben.

Abgesehen von zwei Fällen ist bisher immer angenommen, dass das Gutachten des Sachverständigen sich gegen die Entmündigung ausspricht, und dass diesem Gutachten Folge gegeben wird. Oft genug passirt freilich auch das Umgekehrte, dass der Gutachter die Entmündigung befürwortet, der Richter sie ablehnt. Es ist ja dem freien Ermessen des Richters überlassen, den Standpunkt des Sachverständigen zu theilen oder abzulehnen. Auf die Frage, ob in jedem Falle das Sachverständigen-Gutachten zutrifft, kann und braucht hier natürlich nicht eingegangen zu werden. Wohl aber darf darauf hingewiesen werden, wie erstaunlich oft die Unkenntniss des Richters im Gebiete der Psychiatrie ist; das erscheint bei dem heutigen Bildungsgange des Juristen nicht sonderlich auffallend. Jedenfalls sollten nur ältere Juristen mit Welterfahrung über diese so einschneidende civilrechtliche Frage entscheiden. Dass Referendare die Vernehmung des zu Entmündigenden (§ 654 C. P. O.) vornehmen, dürfte heute wohl nicht mehr vorkommen. Wer vielen Entmündigungsterminen beigewohnt hat, wird sich wundern, wie wenig Pathologisches dem einen Juristen genügt, um eine auch civilrechtlich bedeutsame Psychose zu erkennen, wie viele Abweichungen der andere Jurist noch in die physiologische Breite fallen lässt.

In einem mir bekannt gewordenen Falle — ich verfüge bisher noch nicht über eigene Beobachtungen — liess sich der Richter anscheinend dadurch beeinflussen, dass die Kranke eine gewisse Krankheitseinsicht heuchelte und sich schriftlich bereit erklärte, ihre Ideen aufzugeben.

Der genauere, nach verschiedenen Richtungen hin bemerkenswerthe Sachverhalt, der mir erst bei der Correktur bekannt wurde, war übrigens folgender:

Die leicht schwachsinnige und an ausgesprochener Verrücktheit leidende Dame glaubte sich von einem Pastor geliebt, und da es infolgedessen mehrfach zu unliebsamen Vorkommnissen gekommen war, wurde die Kranke einer Anstalt übergeben. Nach einiger Zeit wurde der Entmündigungsantrag seitens der Staatsanwaltschaft gestellt. Die Vernehmung fand in zwei langen Terminen statt; in der Zwischenzeit wurde der Pastor zeugeneidlich darüber vernommen, ob und in wieweit er der zu Entmündigenden Grund zu der Annahme gegeben habe, von ihm geliebt zu werden. Auch im zweiten Termine konnte sich der Amtsrichter von dem Vorhandensein einer Geistesstörung nicht überzeugen, da die Kranke sich sehr vorsichtig benahm, vielfach dissimulierte und manche ihrer Handlungen als Scherz hinstellte. Er gab vielmehr in Gegenwart der zu Entmündigenden zu Protokoll, dass sie geistesgesund sei; zugleich liess er sie eine Erklärung unterschreiben, dass sie zugebe, dass ihre Auffassung in vielen Dingen eine irrige, ja krankhafte sei und dass sie verspreche, den Pastor niemals mehr irgendwie zu belästigen. Nebenbei sprach der Amtsrichter im Beisein der Kranken von deren baldiger Entlassung. Der hinzugezogene Anstaltsarzt scheint eine mehr passive Rolle gespielt zu haben. Jedenfalls wurde er nicht über seine Auffassung des Geisteszustandes befragt; ebensowenig wurde ein schriftliches Gutachten eingefordert, wie es sonst an der betreffenden Anstalt die Regel war; der Amtsrichter erklärte ein solches für unnöthig. Der Amtsrichter benachrichtigte den Staatsanwalt, er werde die Entmündigung nicht aussprechen; daraufhin zog dieser seinen Antrag zurück. Der Arzt hatte inzwischen dem betreffenden Amtsgericht, um allen Missdeutungen vorzubeugen, einen kurzen Bericht eingesandt und darin betont, dass von einer Genesung keine Rede sein könne; die Kranke, die Nichtentmündigung und Entlassung für identisch halte, habe die Erklärung unterzeichnet, um die Freiheit wieder zu erhalten. Dass die Kranke schon am Tage nach dem Entmündigungs-Termin ihre Erklärung



zurückzog, brauche ich wohl kaum noch hinzuzufügen.

Da die Anstalt nicht officiell über den Ausgang des Entmündigungs-Verfahrens benachrichtigt wurde, kam es nicht zu einer zwangsweisen Entlassung.

Inzwischen ist aber die Kranke in einem neuen Entmündigungs-Verfahren, bei dem ein anderer Amtsrichter und ausser dem Anstaltsarzt noch der Kreisphysikus thätig war, entmündigt.

In einem zweiten Falle wurde die Entmündigung nicht ausgesprochen, obwohl der Director einer Irrenklinik diese in einem ausführlich motivirten Gutachten befürwortet hatte, dem auch noch der Gerichtsarzt beitrat. Der zu Entmündigende, ein Rittergutsbesitzer, welcher in seinen Angstanfällen alternirend sein Gut verkaufte und dann wieder zurücknahm oder ein anderes kaufte, hat dadurch sein Vermögen verloren. Man wird mir entgegnen, § 105, Abs. 2 des B. G. B. könne hier immer noch aushelfen. Das trifft zu; aber es bedarf dann immer noch des jeweiligen Nachweises des Vorhandenseins der vorübergehenden Störung der Geistesthätigkeit zur kritischen Zeit, und da fragt es sich denn doch, ob nicht mit einer Entmündigung wegen Geistesschwäche die Interessen des Rittergutsbesitzers ausgiebiger und zweckentsprechender gewahrt worden wären.

In einem dritten Falle — um nur diese wenigen Fälle hier anzuführen — glaubte der Richter erst dann an das Vorhandensein einer Geistesstörung bei dem an Eifersuchtswahn auf dem Boden des Alkoholismus Leidenden, als ihm dieser sagte, der und der übe jeden Tag und jede Nacht 5 mal mit seiner Frau den Beischlaf aus. Alle andern Momente erschienen dem Richter nicht beweisend, da die Angaben des Kranken doch der Möglichkeit entsprechen konnten.

Ich möchte es nicht unterlassen, hier eine Bemerkung mitzutheilen, die sich in einer der Anworten auf meine Anfrage findet: „Wenn der Richter im Gegensatz zu dem ärztlichen Gutachten die Entmündigung ablehnt, so sollte dem Gutachter das Recht eingeräumt sein, eine weitere Beobachtung und Begutachtung durch einen zweiten Irrenarzt zu verlangen, dessen Urtheil dann entscheidend sein soll."

Sind mehrere Gutachter bei einem Entmündigungsverfahren betheiligt, und spricht sich der eine Gutachter für, der andere wider die Entmündigung aus, so wird in der Mehrzahl der Fälle der Richter geneigt sein, dem Sachverständigen zu folgen, der die Ablehnung der Entmündigung befürwortet. Unbewusst wird sich hierbei mancher Richter leiten lassen von der durch verschiedene Sensationsprocesse gezüchteten, aber nicht gar so sehr berechtigten Furcht vor ungerechtfertigter Entmündigung.

Dass also Entlassungszwang nach Ablehnung der Entmündigung zu manchen Bedenklichkeiten führt, die sich zweifellos vermeiden liessen, wenn man die beiden Begriffe nicht zwangsweise zusammenfügte, ist schon an den entsprechenden Stellen betont worden. In einem andern Falle musste — um weitere Fälle anzuschliessen — eine paranoische Person entlassen werden, weil noch Aussicht auf Besserung bestand, und daher das Gutachten eine Ablehnung der Entmündigung befürwortete. Kaum war die Frau entlassen, als sie auf Grund ihrer wahnhaften Vorstellungen zu den grössten Störungen der öffentlichen Ruhe und Ordnung Veranlassung gab. Insbesondere richteten sich ihre verbalen und thätlichen Angriffe gegen den celebrirenden Priester in der Kirche und führten schliesslich zu ihrer polizeilichen Internirung, nachdem der Priester schriftlich einen Antrag auf Sicherung seiner Kirche, seiner Gemeinde und seiner Person eingereicht hatte.

Ein anderer Kranker litt an lebhaften Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, und da er leicht gefährlich werden konnte, so wurde er der betreffenden Anstalt, die ihn kurz vorher nach Ablehnung seiner Entmündigung hatte entlassen müssen, wieder zugeführt. Die Wiederaufnahme wurde aber rundweg und mit Erfolg abgelehnt, da sich der Zustand des Kranken seit seiner Entlassung nicht im mindesten geändert habe. So oft sich eine Gemeinde an die Direction der betreffenden Anstalt wandte, wurde sie an den Staatsanwalt verwiesen, der die Entlassung der betreffenden Person verfügt hatte. Es dauerte geraume Zeit, ehe eine andere Anstalt sich zur Aufnahme bereit erklärte. Das Komische an der Sache war noch der Umstand, dass das im Entmündigungs-Verfahren abgegebene Gutachten betonte, der Kranke könne noch durch ein längeres Anstaltsregime so weit gebessert werden, dass er in Privatpflege gegeben werden könne. Diese Möglichkeit war nun aber Dank jener Bestimmung ausgeschlossen.

Und wenn in einer Provinz der Landeshauptmann das Recht hat, das ausnahmsweise Verbleiben von Kranken in der Anstalt anzuordnen, deren Entmündigung zwar abgelehnt ist, deren Abholung die Verwandten oder Behörden mit dem Hinweis auf das Vorhandensein einer mit Gemeingefährlichkeit einhergehenden Geistesstörung verweigert, so beweist das wohl schlagend genug das Unlogische, das in dem Erlass einer solchen Vorschrift liegt. —

Man kann und wird mir entgegenhalten, das Ergebniss meiner Anfragen sei nicht sehr gross, und

man wird daraus folgern wollen, dass die aus der gedachten Bestimmung sich ergebenden Schädlichkeiten leicht überschätzt würden. Dieser Einwurf erscheint mir nicht unbedingt zutreffend. Das beigebrachte Material kann, wie schon gesagt, auf Vollständigkeit keinen Anspruch erheben. Der Auskunftgeber hat einschlägige Fälle nicht stets bei der Hand, und man weiss, wie schwierig es ist, sie aus den Akten herauszusuchen. Hierzu kommt noch der Wechsel in der Leitung der Anstalten oder deren Stellvertretung. Weiterhin müsste die Annahme gemacht werden, dass die Bestimmung da, wo sie besteht, immer streng befolgt wird. Das kann natürlich nur dann der Fall sein, wenn die Direction officiell von der Ablehnung der Entmündigung Kenntniss erhält. Ob das immer der Fall ist, obwohl § 9 der Ministerial-Verfügung vom 28. XI. 1899 vorschreibt, dass die Staatsanwaltschaft die Anstaltsdirection über jeden Beschluss im Entmündigungs-Verfahren benachrichtigt, möge dahin gestellt bleiben.

Freilich muss nach § 662 C.P.O. der die Entmündigung ablehnende Beschluss demjenigen, dessen Entmündigung beantragt war, von Amtswegen zugestellt werden. Erfolgt die Zustellung direct, mit Umgehung der Direction, so erfährt diese nicht unbedingt etwas davon. Um so weniger wird sie davon Kenntniss erhalten, wenn sie den sicherlich beachtenswerthen Standpunkt vertritt, möglichst alle Briefe dem Kranken geschlossen zukommen zu lassen. Das Richtigste wäre es, wenn, um dieses Princip consequent durchführen zu können, alle Schriftstücke von Behörden, die für kranke Anstaltsinsassen bestimmt sind, diesen direct und gleichzeitig in Abschrift der Direction zur Kenntnissnahme und ev. weiteren Veranlassung zugingen.

In anderen Fällen geht der Entlassene, der aller Familie bar ist, im Strome der Welt unter, ohne dass einer etwas von ihm später erfährt. Dann wieder werden die Verwandten sich scheuen, alles offen zu berichten. Oder es besteht auch die Möglichkeit, dass gegen den die Entmündigung ablehnenden Beschluss Beschwerde erhoben wird, welch' letztere Erfolg hat; dann wird es zu einer zwangsweisen Entlassung natürlich nicht kommen.

Ich bin überzeugt, dass, wenn man alle Fälle erfährt und zusammenstellt, die Auslese nicht so gering sein wird, und das Principwidrige einer solchen Bestimmung wird sich dann auch durch zahlreiche Thatsachen sattsam erweisen lassen. Aber selbst zugegeben, dass die Praxis wenig Unzuträglichkeiten zu Tage förderte, so würde ich dennoch der Einführung oder Beibehaltung einer solchen Bestimmung nicht beipflichten können, die zwei so verschiedenartige Fragestellungen mit einander vermischt.

Diesem Einwande verschliessen sich die Juristen keineswegs. Wenn sie dennoch vielfach an der Bestimmung festhalten, nach der Kranke nach Ablehnung der Entmündigung entlassen werden müssen, wenn sie dennoch eine solche unlogische Bestimmung für berechtigt halten, so muss ein gewichtiger Gegengrund vorliegen: und das ist die Furcht vor unberechtigter Freiheitsberaubung, gegen welche ein Schutz geschaffen werden soll.

Auffallen muss es ja sicherlich, dass hier immer wieder ein Rechtsschutz verlangt wird, ohne dass dessen materielle Berechtigung bisher in einwandfreier Weise dargethan ist, während andrerseits sehr wohl die Frage berechtigt ist, ob denn jedes Rechtsverfahren alle Garantien bietet.

Das ist ja eine der vielen psychiatrischen Fragen, die immer wieder auftaucht, und somit durchaus nicht den Reiz der Neuheit hat; alle Belehrung unsererseits fruchtet nichts, und ich will sie daher nicht nochmals beginnen. Nur die eine Bemerkung sei mir gestattet: Gerüchte von widerrechtlicher Freiheitsberaubung werden vorzugsweise, wenn nicht nur, von solchen genährt, die die Anstalten gar nicht kennen oder die sie als Kranke kennen gelernt haben. Die Frage, ob eine solche Furcht berechtigt ist, lassen wir somit völlig bei Seite. Dass wir Psychiater aber jede zweckmässige Massregel freudig begrüssen, welche jene Furcht nicht mehr aufkommen lässt oder beseitigt, ist schon zu oft betont worden, als dass das nochmals hier wiederholt werden müsste.

Hier beschäftigt uns vielmehr die Frage, ob nicht auf andere Weise als auf diesem Umwege der Entmündigung, abgesehen von dem Aufnahmeverfahren, von Revisionen etc. eine Garantie geschaffen ist gegen eine unberechtigte Freiheitsberaubung.

Dass die Privatirrenanstalten besonders in diesem Verdachte stehen, erscheint vom Standpunkte des Laien aus schon begreiflich.

Indess schreibt Abs. 3 und 4 des § 10 der neuen Anweisung vom 26. III. 1901 vor: „Beantragt ein volljähriger Kranker, der weder entmündigt, noch unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftlich seine Entlassung, so hat der Vorstand der Anstalt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, den Antrag unter Darlegung der für die Ablehnung maassgebenden Gründe unverzüglich dem für die Stellung des Entmündigungsantrags zuständigen Ersten Staatsanwalte mitzutheilen.

Wird der Entlassungsantrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags an den Ersten



Staatsanwalt nicht erforderlich, sofern der Antrag neue Thatsachen nicht enthält, und sich die Verhältnisse seit der Mittheilung des früheren Antrags nicht geändert haben".

Mit dem Abs. 4 kann man sich schon weniger als mit dem vorhergehenden einverstanden erklären. Wenn einmal die Verpflichtung besteht, Entlassungsgesuche an die Staatsanwaltschaft zu senden, so lässt sich auch die Ansicht vertreten, dass dann unweigerlich alle Schriftstücke abgesandt werden müssen, selbst auf die Gefahr hin, dass der Staatsanwalt von ihnen geradezu überschwemmt und durch sie belästigt wird und somit etwas von dem täglichen Aerger des Irrenarztes mit fühlt. Man wird ja bei einzelnen Vielschreibern nicht jeden Brief für sich abschicken, sondern damit warten, bis etliche zusammengekommen sind.

„Ich glaube, die Gefahr, die jedenfalls vorliegt, dass die Behörden nun mit Eingaben von geisteskranken Querulanten überschwemmt werden, muss man mit in den Kauf nehmen, um die grössere Gefahr zu vermeiden, dass Fälle ungerechtfertigten Festhaltens vorkommen" sagt Vierhaus in seinem schon mehrfach erwähnten Referate (Verh. des XXV. Jurist.-Tages Bd. III, 290, cf. ibidem pag. 354), wo Vierhaus Strafbestimmungen vorschlägt gegen diejenigen, die den brieflichen Verkehr eines in der Anstalt Untergebrachten mit den zur Aufsicht bestimmten Behörden irgendwie verhindern oder erschweren. Man darf daher auch nicht auf den Ausweg verfallen, dass man zwar alle Briefe abzusenden sich verpflichtet, aber kein Papier giebt.

Es erscheint nicht ganz unbedenklich, dem Anstaltsleiter die Entscheidung darüber anheimzustellen, ob der Antrag neue Thatsachen enthält, oder ob die Verhältnisse des Antragstellers sich nicht geändert haben. Eine zutreffende Entscheidung zu fällen, wird ja sicherlich nicht allzuschwer sein. Der Kranke aber findet in der subjectiven Entscheidung, auch wenn sie der Anstaltsarzt nach bestem Wissen und Gewissen trifft, nur Nahrung für neues Misstrauen, und das will man ja doch grade beseitigen.

Ein ähnlicher, wenn auch belangloserer Vorwurf lässt sich gegen den Ministerialerlass erheben, der die Behandlung der Schriftstücke Geisteskranker in Privatanstalten regelt (vom 23. XII. 1895). Wenn einmal, dann soll man auch die Absendung aller Schriftstücke verlangen. Wenn man aber z. B. diejenigen ausschliessen kann, deren Absendung den Interessen des Kranken widerspricht, so ist damit u. U. dem persönlichen Gefühle ein fast zu weiter Spielraum eingeräumt.

Denn beschwert sich der Kranke über widerrechtliche Einsperrung in einem Privatbriefe und veranlasst so die Staatsanwaltschaft indirect zur Beantragung seiner Entmündigung, so kann er seine zwangsweise Entlassung nach Ablehnung der Entmündigung herbeiführen und sich auf diese Weise recht bedenklich schaden. Sollen nun dennoch gegebenenfalls solche Briefe abgesandt werden?

Freilich würde die Durchführung des obigen Standpunktes zur Voraussetzung haben, dass der Correspondenz geisteskranker Individuen ein gewisses Verständniss entgegen gebracht wird. Das ist aber recht, recht selten der Fall.

Das traf z. B. nicht zu in einem mir bekannt gewordenen Falle, in dem der Schreiber, dessen Krankheit auch aus dem Briefe wohl zu erweisen war, und der bisher vorwiegend in Zuchthäusern gelebt hatte, Aerzte einer Anstalt der Päderastie beschuldigte. Denn es wurden in dieser Angelegenheit ohne weiteres, ohne vorherige Benachrichtigung des nicht angeschuldigten Directors Pfleger vernommen.

Wie gering u. U. das Verständniss für das Leben und Treiben in der Irrenanstalt bei den verschiedensten Behörden sein kann, davon weiss jeder Anstaltsarzt ein Lied zu singen. Jede Beschwerde, mag sie noch so blödsinnig sein, führt zu einer Untersuchung, die nicht immer von Wohlwollen für den Irrenarzt getragen ist.

Somit wird gemäss obiger Anweisung die Staatsanwaltschaft von allen Fällen Kenntniss erhalten müssen, in denen der Kranke einer Privatanstalt bei ihr seine Entlassung schriftlich verlangt, vorausgesetzt naürlich, dass der Kranke die einschlägige Bestimmung kennt; Vorschriften über die Art und Weise, wie die Kranken bezw. deren Vertreter von dieser zu ihrem Schutze bestehenden Vorschrift Kenntniss erhalten können, bestehen nicht. Ist der des Schreibens kundige und fähige Kranke ausser Stande, seine Wünsche zu Papier zu bringen, so wird der Zustand wohl fast immer derartig sein, dass eine Entlassung nicht rathsam erscheint.

Wenn nun freilich der Staatsanwalt aus jeder solchen Beschwerde Veranlassung nimmt, die Entmündigung zu beantragen, so ist damit nicht viel geholfen und dem Kranken herzlich wenig gedient, ja geradezu geschadet; und dann verdiente die Neuerung der Anweisung § 10, Abs. 3 wahrlich bald wieder ausgemerzt zu werden. Ja, der Kranke, welcher die Verhältnisse kennt, wird vielleicht grade deshalb Bedenken tragen, seine Entlassung zu beantragen.

Ich meine, es wäre doch richtiger, wenn in solchen Fällen der Staatsanwalt ein besonderes und nur die Frage der persönlichen Freiheit betreffendes, von der



Entmündigung völlig unabhängiges Verfahren einleiten würde.

Fordert der Staatsanwalt ein Gutachten seitens der Direction ein, schliesst er gar eine persönliche Vernehmung des Beschwerdeführers und von Zeugen an, so ist alles das geschehen, was auch im Entmündigungsverfahren zur Ermittelung des Thatbestandes geschieht, nur mit dem Unterschiede, dass die Untersuchung auf die eine Frage zugespitzt wird. Das sollte doch, meine ich, genügen.

Ob nun aber nach den zur Zeit gültigen Bestimmungen ein solches Vorgehen der Staatsanwaltschaft, wie es eben angedeutet wurde, möglich und statthaft ist, ist eine rein juristische Frage, auf die hier um so weniger eingegangen werden soll, als sie von juristischer Seite durchaus verschieden beantwortet wird.

Jedenfalls wurde mir von competenter juristischer Seite folgendes entgegengehalten:

„Wenn der Staatsanwalt auf Grund seiner Feststellungen die Beschwerde des Kranken abweisen wollte, so würde er bei der zur Zeit herrschenden Richtung im Falle einer weiteren Beschwerde gegen diesen Bescheid zu erwarten haben, dass seine vorgesetzte Behörde ihn anwiese, das Entmündigungs-Verfahren einzuleiten. Um sich dem nicht auszusetzen, wird deshalb der Staatsanwalt lieber gleich die Entmündigung beantragen."

Dass die Frage, ob die Geistesstörung die Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt nothwendig macht, eine vorwiegend ärztliche Frage ist und kaum von einem Nichtmediciner gelöst werden kann (cf. Verhandlungen des XXV. Juristen-Tages Band II, pg. 216), das sei nur nebenbei erwähnt. Eben deshalb bedient sich der Jurist der Hülfe der Sachverständigen. Dass aber bei den Juristen, die naturgemäss die Entscheidung zu treffen haben, so selten eine Sachkenntniss in der Irrenheilkunde anzutreffen ist — entweder sie glauben, deren nicht zu bedürfen oder sie mit dem sogenannten gesunden Menschenverstand mehr als reichlich zu ersetzen —, ist eine Klage, die ebenso alt wie berechtigt ist. Das gilt ja aber nicht nur für die Psychiatrie, sondern für die Medizin überhaupt.

Doch auch die öffentlichen Anstalten sind gegen den Vorwurf ungerechtfertigter Festhaltung nicht gefeit.

In erster Linie werden die Verwaltungsbehörden darüber wachen, dass keiner ungerechtfertigterweise zurückgehalten wird.

Eine direkte Mitwirkung der Staatsanwaltschaft, wie in der neuen, eben erwähnten Bestimmung, ist bei öffentlichen Anstalten m. W. nirgendwo vorgesehen. Dennoch wird natürlich jede Anstaltsleitung die an die Staatsanwaltschaft gerichtete Beschwerde eines Anstaltsinsassen dieser zugehen lassen, schon aus Opportunitätsrücksichten, wenn es auch nicht direkt vorgeschrieben ist. Was will die Verpflichtung, die Aufnahme und Entlassung von Kranken der Staatsanwaltschaft mitzutheilen, anderes, denn dieser die Controlle zu ermöglichen?

Jedenfalls ist bei der Mehrzahl der Juristen die Ansicht verbreitet, dass der blosse Verwaltungsrechtsschutz nicht genüge, auch nicht in der Form der Beschwerde an die vorgesetzten Verwaltungsinstanzen, und dass daneben noch ein Rechtsschutz durch andere unabhängige Behörden und zwar durch das Gericht gefordert werden müsse. Wenn es aber noch einer besonderen formellen Rechtscontrolle bedürfe, dann sei sie zur Zeit nur durch das Entmündigungs-Verfahren möglich; das sei das einzige richterliche Verfahren, welches auf die Feststellung des Vorliegens von Geisteskrankheit hinziele und so den unbedingt nöthigen Schutz gegen unberechtigte Unterbringung und Festhaltung schaffe. Ob jene Forderung der Juristen berechtigt ist, das zu beantworten, würde zu weit führen.

Aber giebt denn das Entmündigungsverfahren überhaupt die nothwendige und erwünschte Controlle?

Nicht unbedingt. Die Ablehnung der Entmündigung müsste dann logischerweise zur ersten Folge haben, dass die Geschäftsfähigkeit des Individuums über allen und jeden Zweifel erhaben ist. Das trifft nicht zu; denn der Einwand, § 104, Z. 2 oder § 105, A. 2 sei anwendbar, ist sicherlich möglich. Wenn somit die Ablehnung der Entmündigung nicht unzweifelhaft die Frage der Gültigkeit der Rechtsgeschäfte beantwortet, so vermag sie noch viel weniger etwas zu sagen über die davon ganz unabhängige Frage der Entlassungsfähigkeit bezw. -Bedürftigkeit. Die Ablehnung der Entmündigung ist eben durchaus nicht identisch mit der Feststellung der geistigen Gesundheit und beweist noch viel weniger das Unnöthige einer Anstaltsbehandlung. Die Ablehnung der Entmündigung ist so wenig von präjudicieller Bedeutung wie die Verhängung der Entmündigung. Denn ist das Individuum wegen Geistesschwäche entmündigt, so kann immer noch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht § 104, Z. 2 zutrifft.

Die Entmündigung an sich hat mit der Delictsfähigkeit nach § 827 B. G. B. und der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 des Strafgesetzbuchs absolut nichts zu thun. Und hier schliesst man aus der Ablehnung der Entmündigung auf das Vorliegen eines Entlassungszwangs. Die Bejahung der in Frage ge-

stellten Geschäftsfähigkeit soll die Anstaltspflegebedürftigkeit ausschliessen!

Wenn man sehr skeptisch sein will, kann man sagen, die Entmündigung beweise nur, dass zur Zeit des Termines oder der Begutachtung höchstwahrscheinlich eine Psychose vorgelegen habe. Mehr darf aus dem Vorliegen einer Entmündigung nicht unbedingt geschlossen werden. Würde die Entmündigung denen, die in jedem in der Anstalt untergebrachten Kranken einen Gegenstand widerrechtlicher Freiheitsberaubung wittern, die Anstaltspflegebedürftigkeit hinreichend beweisen? Kaum. Ist die Entmündigung auch materiell berechtigt, so gilt dies unbedingt nur für den Zeitpunkt der Verhängung der Entmündigung bezw. Begutachtung oder der Vernehmung. Ueber die Zukunft besagt die Entmündigung an sich nichts; der Mann kann genesen sein, und er wäre späterhin dann nicht nur zu Unrecht entmündigt, sondern auch detinirt. Andrerseits können seine Angelegenheiten sich im Laufe der Zeit sehr vereinfacht haben, oder er findet in seinem Verkehrsleben eine hinreichende Stütze, die ihm früher fehlte. Ohne dass an seiner Geistesstörung sich auch nur das Geringste geändert zu haben braucht, kann die Aufhebung der Entmündigung jetzt berechtigt sein. Und dieselbe Störung, die früher die Detention gesetzlich zuliess, soll jetzt die Entlassung im Gefolge haben? Das Gleiche kann der Fall sein bei einer verschiedenen Beurtheilung der gleichen Sachlage durch verschiedene Gutachter bezw. Gerichte.

Die erhofften Garantieen bietet somit das Entmündigungs-Verfahren durchaus nicht.

Selbst die noch so berechtigte Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist noch nicht identisch mit der Berechtigung zum Anstaltszwang. Es ist sehr wohl der Fall denkbar, dass der Entmündigte, der gegen seinen ausgesprochenen Willen in der Anstalt untergebracht ist, ebenso gut ausserhalb der Anstalt existieren kann; und eine zwangsweise Detention wäre dann doch sicherlich fast ebenso wenig berechtigt wie einem Gesunden gegenüber. Die noch so sicher festgestellte Thatsache der socialen Schutzbedürftigkeit schliesst nicht an sich schon die Unfähigkeit, ausserhalb der Anstalt leben zu können, in sich. Das beweist ebenfalls, ein wie untaugliches Mittel das Entmündigungsverfahren für den gedachten Zweck ist. Ja, es fehlt nicht, um auch das zu erwähnen, an Einspruch aus richterlichen Kreisen gegen die Bestimmung, die die Aufnahme entmündigter Geisteskranker erleichtert, da mit der Entmündigung durchaus noch nicht die Schutzbedürftigkeit oder die Gemeingefährlichkeit der Individuen erwiesen sei.

Das entspricht ja durchaus den obigen Ausführungen. Wenn in einem solchen Falle der Verdacht einer sachlich nicht gerechtfertigten Anstaltsunterbringung auftauchte, so müsste, könnte man sagen, die Staatsanwaltschaft, da eine Entmündigung schon vorliegt, den Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung stellen, wenn wirklich das Entmündigungsverfahren allein die nöthige Sicherheit bietet. Also die entgegengesetzten Heilmittel für das gleiche Uebel.

Wenn das Entmündigungsverfahren ein so unzweckmässiges Mittel ist, wenn die anderen bestehenden Vorschriften nicht genügen sollten, um die gefürchteten Missstände von unseren Anstalten fernzuhalten, nun, dann kann und muss eben mit anderen und nur ad hoc zu treffenden Einrichtungen geholfen werden. Das kann beispielsweise eine sachkundige Controlle durch besondere unabhängige Commissionen sein, wie sie Binswanger vorschlug. All zu viele Erfolge darf man sich hiervon freilich nicht versprechen. Das Vorurtheil ist in weiten Kreisen zu sehr verbreitet, zu tief eingewurzelt, und deshalb hat man sich auch wohl in den leitenden Stellen zu dieser Inconsequenz, die nun einmal in der besprochenen Bestimmung liegt, und damit zu einem Zugeständniss der Berechtigung des Misstrauens entschlossen. Dass dieses auf diese Weise beseitigt wird, ist kaum zu erhoffen; eher wird vielmehr aus dem Vorhandensein solcher Vorschriften, aus dem Erlass neuer gleicher Bestimmungen geschlossen werden, wie sehr die vox populi Recht hat.

Sollte sich nicht auf andere Weise, unabhängig von besondern gesetzlichen Maassregeln, das erstrebte Ziel erreichen lassen, indem man etwa die Anstalten jedem zugänglich macht, den Verkehr und Betrieb in ihnen möglichst frei gestaltet, die Besucher auf die Abtheilungen führt, u. s. w.?

Vielleicht wird der in vielen Bezirken bereits bestehende und in der Rheinprovinz neugegründete Hilfsverein für entlassene Kranke auch nach der Richtung hin helfen.

Am meisten wird freilich nützen möglichste Liberalität in der Entlassung von Kranken; und wie weit man darin gehen kann, ohne Unzuträglichkeiten hervorzurufen, muss man nur selbst erlebt haben, um den Contrast zu den engherzigen Anschauungen früherer Zeiten zu empfinden.

„Wir entlassen jeden Kranken, der auf einfachen ärztlichen Rath nicht mehr bleiben will, oder dessen Angehörige seine Entlassung verlangen, und machen nur mit solchen Kranken eine Ausnahme, bei welchen bereits gemeingefährliche Handlungen vorgekommen oder sicher zu erwarten sind" schrieb mir u. A. der Leiter einer grossen städtischen Irrenanstalt.

Auf weitere Ausführungen verzichte ich absicht-



lich, da ich nicht de lege ferenda sprechen möchte. Freilich verhehle ich mir keinen Augenblick, dass obige Vorschläge nicht den Kern der Sache treffen und den Juristen nicht genügen werden, um dem Volke einen sichern, nimmer versagenden Schutz gegen ungerechtfertigte Einsperrung und Festhaltung in Irrenanstalten zu garantieren. Ob man auf die Dauer ohne die Einrichtung eines besonderen, nur diesem Zwecke dienenden gerichtlichen Verfahrens auskommen wird, erscheint manchen Juristen recht zweifelhaft. Fehlt es doch nicht unter ihnen auch an solchen, die uns jedes Recht absprechen, einen nicht entmündigten Geistesgestörten in unsern Anstalten gegen seinen Willen zurückzubehalten.

An dieser Stelle darf ich wohl hinzufügen, dass ich von einer Seite darauf aufmerksam gemacht wurde, die einschlägige Vorschrift könne gelegentlich bei Zwistigkeiten und Streitereien unter den Angehörigen, bei Verdächtigungen der Anstalt wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung etc. gute Dienste leisten; der Hinweis auf die Bestimmung mit dem Bemerken, dass von dem Ausgang des Entmündigungs-Verfahrens das weitere Verbleiben des Kranken in der Anstalt abhängig gemacht werden müsse, habe immer den gewünschten Erfolg gehabt. Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschliessen, einmal weil ich glaube, dass die Schwierigkeiten auch auf andere Weise, vor allem ohne Zuhülfenahme der Gerichte sich meist beseitigen lassen werden, dann auch, weil ich die Bestimmung principiell für verfehlt halte. Kommt es aber gar zur Einleitung des Entmündigungsverfahrens, und wird der Antrag auf Entmündigung gegen den Tenor des Gutachtens der Anstaltsärzte abgelehnt, so wird dadurch das Ansehen der Anstalt bei unseren sogenannten guten Freunden sicherlich nicht gewinnen, selbst wenn diese zu dem dem Laien meist unzugänglichen Standpunkte sich aufschwingen sollten, Ablehnung der Entmündigung sei nicht identisch mit Constatirung der geistigen Gesundheit. —

Schliesslich sei noch kurz besprochen die Frage der Stellungnahme des Directors einer Anstalt gegenüber der Ablehnung der Entmündigung, falls sein Reglement keine einschlägigen Bestimmungen enthält.

Einige Directoren theilten den hier verfochtenen Standpunkt und brachten die Entmündigung und Anstaltspflegebedürftigkeit in gar keinen Zusammenhang. Andere wieder waren der Meinung, dass der Ablehnung der Entmündigung die Entlassung des Kranken unmittelbar auf dem Fusse folgen müsse; das Gericht müsse dann auch die Verantwortung hierfür übernehmen. Das scheint mir nicht zuzutreffen, da die Ablehnung der Entmündigung doch nur über die Geschäftsfähigkeit urtheilt, und auch das nicht einmal immer endgültig und unbedingt. Von einer Uebernahme einer Verantwortung könnte aber, wenn überhaupt, nur dann die Rede sein, wenn das Entmündigungs-Verfahren gegen den Rath der Anstaltsdirection oder ohne deren Mitwissen eingeleitet wird, oder wenn die Entmündigung abgelehnt worden ist im Gegensatz zu dem Gutachten des sachverständigen Anstaltsarztes.

Dass man in solchen Fällen, besonders dem letztgenannten, den Kranken sofort entlässt, verstehe ich schon, und reine Zweckmässigkeitsrücksichten werden sicherlich dazu rathen, wenn man nicht gar es vorzieht, den Kranken zu entlassen, bevor es zu der Ablehnung der Entmündigung kommt. Freilich wird es auch dann nicht an wohlwollenden guten Freunden fehlen, die diese sofortige Entlassung des Kranken als eine Reaction auf das Gefühl des Beleidigtseins des Sachverständigen auffassen, da ihm der Richter widersprochen habe. Eher kann man vielleicht schon die sofortige Entlassung billigen von dem Gesichtspunkte aus, dass durch sie auf eine nicht zu krasse Weise das Unhaltbare einer solchen Verquickung nachgewiesen würde.

Wenn mir ein Psychiater schrieb: „Ich stehe durchaus auf dem Standpunkte, dass nicht wir — wie bisher — mit Selbstverleugnung und erhöhter Verantwortung aus humanitären Rücksichten die Folgen unzweckmässiger behördlicher Entscheidungen und gesetzlicher Bestimmungen tragen sollen, sondern dass wir den Behörden und dem Publikum derartige Unzweckmässigkeiten möglichst drastisch zum Bewusstsein bringen und uns bezüglich deren Folgen als ganz unbetheiligte Zuschauer gerieren", so kann man dem nur beistimmen; denn die trifft die Verantwortung, welche die Urheber solcher Bestimmungen sind. Ebenso wird man sich seinen weiteren Worten anschliessen: „Je mehr Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten es giebt, um so besser ist es für die Sache".

Verlangt schliesslich der Staatsanwalt bei der Mittheilung des die Entmündigung ablehnenden Beschlusses die sofortige Entlassung des Internirten aus der öffentlichen Anstalt, so wirft sich naturgemäss die Frage auf, ob hierzu der Staatsanwalt berechtigt ist.

Da dies eine rein juristische Frage ist, die übrigens durch die von mir befragten Juristen recht verschieden beantwortet wurde, so brauche ich auf sie an dieser Stelle nicht einzugehen, zumal auch das einschlägige Anstalts-Reglement und u. U. der neue Ministerial-Erlass vom 15. VI. 1901 noch Berücksichtigung verlangen. Wohl aber darf ich die Bemerkung anschliessen, dass im Falle des Nichtbefolgens der Anordnung des Staatsanwalts der § 239 St. G. B.



kaum zutreffen würde; er setzt voraus den Nachweis des Bewusstseins des dolus, und dieser Nachweis wird sich gegebenenfalls nur recht schwer erbringen lassen (cf. Verhandl. des XXV. Juristentages Bd. III. S. 290).

Besteht übrigens für den Anstaltsdirektor nach dem für ihn gültigen Reglement die Bestimmung, seine Kranken nach Ablehnung der Entmündigung oder nach deren Wiederaufhebung zu entlassen, so kann von diesem Zwang erst dann die Rede sein, wenn der betreffende Beschluss unanfechtbar geworden ist. Es muss daher die Zeit, innerhalb derer gegen den die Entmündigung ablehnenden oder die Wiederaufhebung verfügenden Beschluss Beschwerde erhoben werden kann, abgewartet werden. —

Ich schliesse damit meine Ausführungen; ich hoffe und glaube, dass das Mitgetheilte genügen wird, Ihnen das Inconsequente und Bedenkliche vor Augen zu führen, welches eine derartige Bestimmung mit sich bringt, Inconsequenzen und Bedenklichkeiten, die sich in manchen Fällen dadurch und nur dadurch vermeiden lassen werden, dass der Gutachter in seinem Gutachten zu dem Schluss kommt, die endgültige Entscheidung sei noch aufzuschieben.

Ich weiss, dass Verwaltungsbehörden den gleichen Standpunkt vertreten, aber ohne Erfolg verfochten haben.

Darum halte ich es für geboten, dass wir Irrenärzte zu dieser Frage Stellung nehmen, zumal m. W. dies noch kein irrenärztlicher Verein gethan hat. Ich gestatte mir daher, Ihnen folgende Resolution zu unterbreiten, und bitte um deren Annahme:

> „Der Verein der Irrenärzte der Rheinprovinz hält die Bestimmung, nach der Kranke nicht mehr gegen ihren Willen in der Anstalt zurückbehalten werden dürfen, wenn ihre Entmündigung abgelehnt oder wieder aufgehoben ist, für principiell und practisch höchst bedenklich".

Mittheilungen.

— **Zur Sammelumfrage betreffend die einheitliche Gestaltung der Anstalts-Jahresberichte.** Nach allem, was die bisherige Discussion zu Tage gefördert hat, scheint mir ein einziger Ausweg — der meines Wissens noch nicht vorgeschlagen worden ist — geeignet, die Schwierigkeiten, die sich einer entsprechenden Erledigung der Jahresbericht-Frage in den Weg stellen, zu beseitigen. Freilich bedingt er eine Mehrarbeit! Diese Mehrarbeit dürfte aber meines Erachtens jeder für die Wissenschaft dienstbeflissene Arzt gerne leisten.

Ich denke an eine Art Sammel- oder Central-Jahresbericht, der sich aus den einzelnen Jahresberichten zusammensetzen würde, die von denjenigen Anstalten, die sich eben an dem Unternehmen betheiligen, eigens zu diesem Zwecke nach dem zu beschliessenden Schema verfasst zu liefern wären. Diese für den Central-Jahresbericht bestimmten Einzel-Berichte wären neben und unabhängig von den an die vorgesetzten Behörden und durch diese der Oeffentlichkeit erstatteten Berichten zu verfassen; darin liegt eben die Mehrarbeit, welche aber keine so bedeutende sein würde, da ja aller administrative, oekonomische und auf Personalien bezügliche Wust zu entfallen hätte, und nur diejenigen Thatsachen, die nach irgend einer Richtung wissenschaftliches Interesse bieten, aufzunehmen wären und zwar die Original-Artikel unverändert, die das Gros der Jahresberichte ausmachenden statistischen Angaben nach dem besagten Schema umgeordnet. Auch diese Umordnung dürfte kaum grosse Schwierigkeiten bereiten. So dauert — um nur ein Beispiel zu erwähnen — bei uns ein Berichtsjahr allerdings vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des laufenden Jahres; da aber andererseits auch Vierteljahresberichte erstattet werden, ist es leicht, anstatt der 2 letzten Quartale des Vorjahres und der 2 ersten Quartale des laufenden Jahres zusammenzuziehen, wie es für den Landesausschussbericht geschieht, die 4 Quartale des laufenden Jahres für den Theil-Bericht zusammenzufassen.

Dass bei den resp. Behörden um Genehmigung eines derartigen Unternehmens und um Bewilligung der nöthigen Geldmittel angesucht werden müsste, scheint mir selbstverständlich. Die Kosten wären nämlich nach meiner Meinung, insofern sie nicht durch Subscription einer entsprechenden Anzahl von Exemplaren des Central-Jahresberichtes gedeckt werden könnten, durch eine genau zu regelnde Beitragsleistung der betheiligten Anstalten aufzubringen. Es wäre wohl zu hoffen, dass alle die Anstalten, welche sich derzeit an dem wechselseitigen Austausche der Jahresberichte betheiligen, dieses Unternehmen begünstigen würden, ja es scheint mir, dass dann, wenn die Jahresberichte einmal eine zweckdienliche Zusammenfassung erlangt haben würden, die Zahl der Theilnehmer wachsen würde.

Die Arbeit dürfte also kaum eine gar grosse sein, die Kosten dürften kaum in Betracht kommen, die Genehmigung seitens der Behörden würde wohl kaum irgendwo ausbleiben.

Gugging (Nied.-Oesterr.) Dr. Berze.

— **Zur Eröffnung der Rheinischen Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Galkhausen** (cf. Nr. 23) sendet uns Herr Dr. Kerris noch folgende Mittheilung:

Die Rheinische Provinzial-Verwaltung beging am 5. August in Anwesenheit einer erlesenen Corona von Gästen die Eröffnungsfeier der sechsten Rheinischen Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Galkhausen. In seiner Festrede betonte der Herr Landeshauptmann Dr. Klein, dass die Verwaltung bei der Vollendung dieser Anstalt glaube Anlass zur Freude zu haben über die grossen Erfolge, welche die psychiatrische und technische Wissenschaft auf dem Gebiete der Irrenpflege errungen



habe. In der That entspricht die Anstalt, in dem heutzutage üblichen Stil einer aus einer Gebäudegruppe bestehenden Centrale und einer landwirthschaftlichen Villenkolonie errichtet, architektonisch abwechslungsreich gebaut, malerisch in anmutender Gegend gelegen, von Parkanlagen durchzogen und waldumsäumt, allen Anforderungen der Jetztzeit. Man darf sie als ein Kunstwerk bezeichnen, da Dank dem Verständniss der Provinzial-Verwaltung für zeitgemässe Irrenfürsorge und Dank dem harmonischen Zusammenarbeiten des Dezernenten für das Irrenwesen, der Baumeister und der Irrenärzte ein Werk erstanden ist, welches der Idee der möglichst individualisierenden Behandlung der Kranken und der thunlichsten Gewährung von Freiheit und freier Bewegung zweckmässig angepasst ist.

Verschweigen will ich nicht, dass die systematische Durchführung des Kolonialbetriebes und die Auflösung des kasernenartigen Irrenanstaltsbaues in Gruppen von Häusern mit Verzicht auf Gitter und Mauern — koloniale Angliederungen hat es in verschiedenen Rheinischen Prov.-Anstalten schon seit den 80er Jahren gegeben — in Deutschland ihren Ausgangspunkt von der Provinzial-Sächsischen Landesanstalt Altscherbitz genommen hat; ich möchte aber darauf aufmerksam machen, dass der Einfluss der Bauart auf die freiheitliche Bewegung der Kranken vielfach überschätzt zu werden pflegt. Auch die sogenannte geschlossene Anstalt wird ihren Kranken jedes nur erdenkliche Maass von Freiheit geben können, wie ja z. B. in Rheinischen geschlossenen Anstalten in ausgedehntem Maasse vielen Kranken freier Ausgang gewährt wurde. Die koloniale Bewegung unterstützt die freie Bewegung der Kranken, aber der innere Geist, von welchem die Anstalt getragen wird, ist die hauptsächliche Stütze der freiheitlichen Behandlung. Uebrigens kann auch die geschlossene Anstalt auf Gitter und Mauer verzichten.

Der neuen Anstalt wünschen wir, dass sie der Erkenntniss Bahn brechen hilft, dass motorische und laute Entäusserungen der Reizzustände des Gehirns nur Zufälligkeiten sind, welche den Erkrankungen nicht wesentlich anhaften, wie man ja bereits eingesehen hat, dass zerstörende Thätigkeit der Kranken lediglich auf Unzulänglichkeit der Verhältnisse zurückzuführen ist. Dr. Kerris, Galkhausen.

Referate.

— Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von „musikalischer Infection"). Von P. Näcke. Neurol. Centralbl. 1901. No. 14. S.-A.

Ein Schwachsinniger höheren Grades copierte allmählich von einem agitierten Schwachsinnigen leichteren Grades eine Melodie in der gleichen Accordfolge, Tonhöhe und Rythmik, um sie nun wie dieser Stunden lang zwangsmässig zu Tode zu hetzen, vergleichbar etwa dem Verbigerieren der Katatoniker oder dem Zwangsirresein. Wegen der Einzelheiten des interessanten und wohl einzig dastehenden Falles sei auf das Original verwiesen. Hahn-Hubertusburg.

— Welche Aussichten hat heute der junge Arzt? Von Dr. König. Halle 1901. Carl Marhold's Verlag.

Die Schilderungen erscheinen im Allgemeinen wohl etwas zu düster. Verf. neigt zur Ansicht derjenigen, die die Medicin für den erhabensten Beruf, aber das erbärmlichste Handwerk halten, und glaubt daher vor dem Studium der Medicin warnen zu müssen. Am kläglichsten steht es nach ihm gegenwärtig mit der materiellen und socialen Lage der practischen Aerzte. Besser liegen die Verhältnisse beim Militärarzte und wohl auch beim Kreisarzte, am besten, trotz der Ueberfüllung und des grossen Andranges, beim Specialisten, am idealsten beim Docenten. Leider sind aber die meisten aus pecuniären und sonstigen Gründen zur practischen Laufbahn verurtheilt.

Hahn-Hubertusburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Dissertationen:

Max Stallmeyer: Zur Casuistik bei Hypophysistumoren. Erlangen, April 1901.

Franz Klemm: Psychose im ätiologischen Zusammenhang mit Influenza. Marburg, April 1901.

Wilhelm Mayer: Ein Fall von traumatischer Spätapoplexie. München, April 1901.

Ernst Zwiebel: Ueber Fälle von Gewohnheitslähmungen. Strassburg, April 1901.

Adolf Weingärtner: Ueber tuberkulöse Meningitis: Pathologie und Statistik. Kiel, 1901.

August Dannenberger: Zur Lehre von den Geistesstörungen bei multipler Sklerose. — Giessen, Mai 1901.

Paul Pohlmann: Beitrag zur Lehre von den Ammonshornveränderungen bei Epilepsie. Kiel, Mai 1901.

Leo Spitz: Die Störungen der Sensibilität und der Sinnesfunktionen bei den traumatischen Neurosen. — Strassburg, Mai 1901.

Hermann Weik: Ueber Psychosen nach Augenoperationen. — Tübingen, April 1901.

Hermann Vortisch: Ueber Sehnervenerkrankungen beim Thurmschädel. — Tübingen, Mai 1901.

Heinrich Haydt: Ein Fall von chronischer halbseitiger Bulbärparalyse. — Juni 1901.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Unser hochverehrter Mit-Herausgeber, Herr Dr. Alt, Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark), ist von der belgischen irrenärztlichen Gesellschaft in Anerkennung seiner Verdienste um die familiäre Irrenpflege zum Ehrenmitglied ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 25. 14. September. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Errichtung einer vierten öffentlichen Irrenanstalt in der Provinz Posen.

Von Landesrath *Nötel*, Posen.

Der Provinzialverband der Provinz Posen verfügt zur Zeit über 3 Irrenanstalten, nämlich über Owinsk, Dziekanka und Kosten.

Owinsk, das nach dem Etat für 1901 mit 700 Kranken belegt werden kann, hatte am 31. März 1901 bereits 695 Kranke, Dziekanka (Etatsziffer für 1901 = 650) bereits 664, Kosten endlich (Provinzial- Irren- und Idiotenanstalt: Etatsziffer für 1901 = 650) 535 Kranke.

Am 1. Oktober 1898 hatten die Bestandsziffern für Owinsk 662, für Dziekanka 542, für Kosten 363 betragen. Damals war indess Kosten noch nicht mit einer Idiotenanstalt verbunden. Die Idioten waren vielmehr in Kraschnitz und Fürstenwalde untergebracht, was heute nur noch mit einem Theil der Fall ist. (In Kraschnitz waren am 31 März 1901 noch 20, in Fürstenwalde 41, in Kosten dagegen 156 Idioten.)

Die für einen Bevölkerungsstand von fast 1900000 Einwohnern an sich nicht hohen Zahlen aus dem Jahre 1898 liessen mit Sicherheit eine Zunahme der anstaltspflegebedürftigen Geisteskranken erwarten, wie sie ja nach den zuerst gegebenen Ziffern auch thatsächlich eingetreten ist.

Es wurde daher im Jahre 1899 dem 32. Provinzial-Landtage der Provinz Posen eine Vorlage unterbreitet, welche auser der Erbauung zweier — inzwischen fertiggestellter — Aufnahmepavillons für ca. 130 Kranke in der Kostener Anstalt, den Ankauf eines zur Errichtung einer neuen vierten Irrenanstalt geeigneten Geländes und die Aufstellung des Projekts für eine solche vorsah.

Nachdem der 32. Provinzial-Landtag diese Vorlage angenommen hatte, wurde am 27. Juni 1899 vom Provinzial-Ausschuss der Ankauf des Gutes Jockisch Vorwerk bei Meseritz beschlossen. Dieses Gut gehörte der Königlichen Ansiedelungskommission. Es umfasst eine Fläche von etwas über 114 ha. Der Kaufpreis beläuft sich auf rund 123000 Mark.

Zur Aufstellung des Projekts für die 4. Irrenanstalt ist der Regierungsbaumeister Kübler aus Berlin angenommen worden, der zu diesem Zwecke sowie zur Bauleitung von dem Herrn Minister der öffentlichen Arbeiten vom 1. April 1900 ab aus dem Staatsdienste beurlaubt worden ist.

Zur Vorbereitung der Projekt-Aufstellung sind durch amtliche Besprechungen und Prüfungen unter Zuziehung des Direktors der Provinzial-Irrenanstalt



Dziekanka, Sanitätsraths Dr. Kayser, des Landesbauraths, Geheimen Bauraths Wolff und des Regierungsbaumeisters Kübler in erster Linie die Erfahrungen festgestellt worden, welche in der Provinz Posen bei dem Bau der 1895 eröffneten Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka gemacht worden sind. Auch ist die neue, nahezu fertiggestellte westpreussische Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargardt, die in vieler Beziehung Neues und Mustergültiges bietet, Dank dem Entgegenkommen des Herrn Landeshauptmanns der Provinz Westpreussen und des Herrn Direktors der Provinzial-Irrenanstalt Conradstein von dem Regierungsbaumeister Kübler sowohl wie von mir eingehend besichtigt worden.

Das Ergebniss dieser Vorbereitungen der Projektaufstellung ist folgendes

Bauprogramm,

welches in seinem technischen Theile von dem Regierungsbaumeister Kübler ausgearbeitet und hier im engen Anschluss an die vom 33. Provinzial-Landtage Anfang März 1901 angenommene Vorlage wiedergegeben ist.

I. Art und Grösse der Anstalt.

Die neue Irrenanstalt ist auf dem Gute Jockisch Vorwerk bei Meseritz als Heil- und Pflegeanstalt mit Einrichtung nur einer (der untersten) Verpflegungsklasse und unter räumlicher Trennung der beiden Geschlechter zu errichten.

Die Krankenhäuser sollen bei Eröffnung der Anstalt eine Belegschaft von je 350 männlichen und weiblichen, zusammen also von 700 Kranken aufnehmen können. Doch ist die Möglichkeit einer Steigerung bis zu einer Kopfzahl von 1200 vorzusehen. Zu diesem Zwecke müssen das Verwaltungsgebäude und die zu wirthschaftlichen und maschinellen Anlagen bestimmten Baulichkeiten von vornherein die für diese Höchstzahl genügende räumliche Grösse erhalten. Ausserdem ist in der Nähe der Kranken- und Pflegehäuser ausreichender Raum zur Errichtung neuer Gebäude und Schaffung der erforderlichen Gartenanlagen und Erholungsplätze zu belassen.

II. Beschaffenheit der Baustelle.

Als Baustelle ist im Abstande von etwa 150 m von der Ostgrenze des Gutes ein trapezförmiges Grundstück von 16,95 Hektar (rund 68 Morgen) Grösse ausgewählt worden, das im Norden von dem nach dem Nachbarorte Solben führenden öffentlichen Wege begrenzt wird und im Süden von dem Ackerlande zweier Nachbarbesitzer, welches die Anstalt von der Provinzial-Chaussee Meseritz-Betsche trennt. Dieses Nachbarterrain durchschneidet der anzulegende, von der Chaussee abzweigende Hauptzugangsweg zur Anstalt. Die östliche und westliche Grenze der Baustelle, welche der Hauptaxe parallel sind, liegen innerhalb des Gutes und gestatten somit seitliche Vergrösserungen. Die Hauptaxe ist annähernd von Süden nach Norden gerichtet; ihre Länge beträgt 516 m, die Breitenausdehnung der Anstaltsfläche 330 m.

Die Baustelle ist im Allgemeinen eben. Etwa $^3/_8$ der Fläche ist mit Kiefernwald bestanden. Die Bodenoberfläche besteht aus lehmigem Sande, der schon in geringer Tiefe tragfähigen Baugrund aufweist. Grundwasser tritt erst in der Tiefe von 3 m auf, so dass unbedenklich Keller angelegt werden können. Die auf der Baustelle angestellten Brunnenbohrungen haben das Vorhandensein von gutem und reichlichem Wasser ergeben.

Die Entfernung der Baustelle beträgt vom Bahnhof Meseritz 2 Kilometer, vom Mittelpunkt der Stadt rund 3 Kilometer.

III. Allgemeine Anordnung der Anstalt.*)

Die Anstaltsfläche wird rings mit einem leichten, eisernen Gitter umfriedigt, welches nicht den Zweck hat, das Entweichen der Kranken zu verhüten, sondern nur einen äusseren Abschluss gewähren und den Zutritt von Unbefugten verhindern soll.

Im vorderen Theile der Baustelle werden das Verwaltungsgebäude und die Anstaltskapelle, sowie Dienstwohngebäude für Aerzte und Beamte errichtet. Dahinter folgen in der Mittelaxe der Wasserthurm, der zugleich als Uhrthurm dient, die Wirthschaftsgebäude, das Maschinenhaus, das Werkstättengebäude, der Eiskeller und, am hinteren nördlichen Eingange gelegen, durch gärtnerische Anlagen verborgen, das Leichenhaus. Die Krankenpavillons werden durch diese Baulichkeiten in die westliche für Frauen und die östliche für Männer bestimmmte Gruppe getrennt. Ihre Anordnung ist derartig, dass die Aufnahmeabtheilungen nach vorn, die Häuser für Unruhige nach hinten verlegt werden, während die Siechen und Halbruhigen in dazwischen gelegenen Gebäuden Unterkunft finden. Ein Spritzenhaus, eine Kegelbahn und ein Gewächshaus mit Gärtnerwohnung sind an geeigneten Stellen des Bauplatzes entworfen. Die Häuser für ruhige Kranke und verheirathete Wärter kommen ausserhalb der geschlossenen Anstalt zu stehen. Die Anlage eines Friedhofes ist in der Nähe des nördlichen Ausganges in mässiger Entfernung von dem Leichenhause geplant.

Die Herstellung eines von der in unmittelbarster Nähe vorüberführenden Staatsbahn abzuzweigenden Anschlussgeleises erscheint im Interesse des Baues,

*) Vergleiche den Lageplan, Abb. 1.



wie auch der späteren Wirthschaftseinrichtung der Anstalt erwünscht; jedoch haben die deshalb gepflogenen Berathungen mit der Eisenbahnverwaltung noch nicht zu einem abschliessenden Ergebnisse geführt.

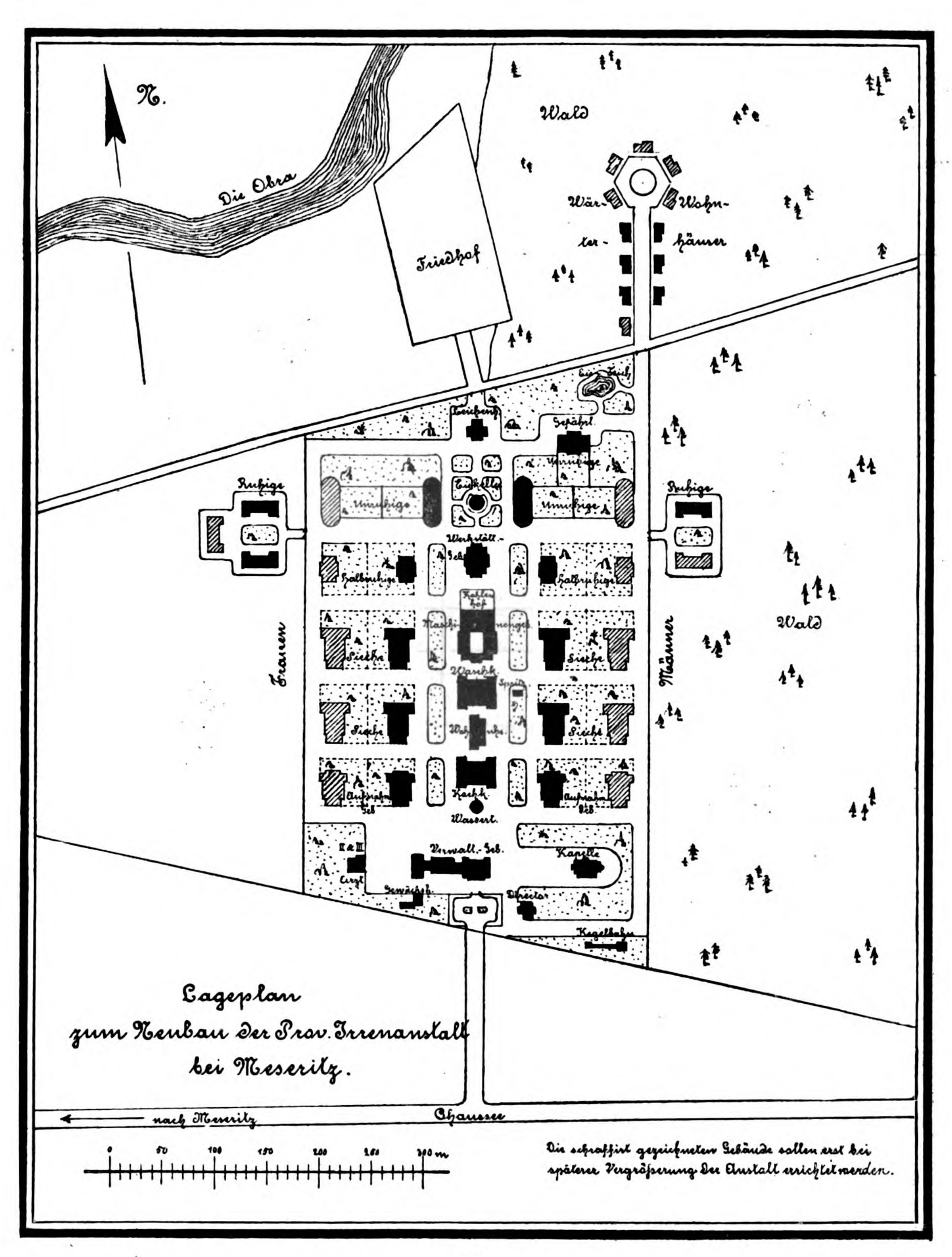


Abb. 1.

IV. Vertheilung der Kranken und Anordnung der Gebäude.

Die Vertheilung der Kranken würde nach der in nachstehender Tabelle bezeichneten Anordnung zu erfolgen haben:

Krankenabtheilungen	Erste Anlage		Spätere Vergrösserung		Bemerkungen
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Aufnahme-Abtheilung . .	40	40	$2 \times 40 = 80$	$2 \times 40 = 80$	
Siechen-Abtheilung . . .	$2 \times 40 = 80$	$2 \times 40 = 80$	$4 \times 40 = 160$	$4 \times 40 = 160$	
Halbruhige	40	40	$2 \times 40 = 80$	$2 \times 40 = 80$	
Unruhige	40	40	$2 \times 40 = 80$	$2 \times 40 = 80$	
Gefährlich unruhige Männer	30	—	30	—	
Ruhige	50	$2 \times 50 = 100$	$2 \times 50 = 100$	$3 \times 50 = 150$	
Ruhige, in Familienpflege bei verheiratheten Wärtern*)	$12 \times 3 = 36$	—	$12 \times 3 = 36$	—	*) Wenn sich diese Einrichtung bewährt, dann sollen später hierfür noch sechs Doppelwohnhäuser errichtet werden, wodurch weitere 36 Kranke Unterkunft finden würden.
Ruhige Frauen, in Koch- und Waschanstalt beschäftigt und daselbst wohnhaft	—	50	—	50	
Ruhige Männer, als Handwerker beschäftigt und im Werkstättengebäude wohnhaft	34	—	34	—	
Summe	350	350	600	600	
Gesammtsumme	700		1200		

Die beiden letzten Abtheilungen sind nach dem Grundsatze vorgesehen, denjenigen Kranken, welche zu einer dauernden nutzbringenden Beschäftigung verwendet werden können, an den Orten ihrer Thätigkeit Wohnung zu gewähren.

Die Errichtung folgender Gebäude ergiebt sich als nothwendig:

A. Krankenhäuser innerhalb der geschlossenen Anstalt.

1. Zwei Aufnahmegebäude für je 40 Kranke, daneben Raum für zwei später zu errichtende desgl.;
2. Vier Gebäude für je 40 Sieche, daneben Raum für vier später zu errichtende desgl.;
3. Zwei Gebäude für je 40 Halbruhige, daneben Raum für zwei später zu errichtende desgl.;
4. Zwei Gebäude für je 40 Unruhige, daneben Raum für zwei später zu errichtende desgl.;
5. Ein Gebäude für 30 gefährlich unruhige Männer.

B. Häuser für Kranke ausserhalb der geschlossenen Anstalt.

1. Ein Haus für 50 ruhige Männer, daneben Raum für ein später zu errichtendes desgl.;
2. Zwei Häuser für je 50 ruhige Frauen, daneben Raum für ein später zu errichtendes desgl.;
3. Sechs Doppelwohnhäuser für je zwei Wärterfamilien mit Gelegenheit zur Aufnahme von je 3 Kranken, in der Nähe Raum für weitere sechs Häuser.

C. Häuser zu Verwaltungs-, Wirthschafts- und anderen Zwecken.

1. Verwaltungsgebäude mit Pförtnerwohnung.
2. Beamtenwohnhaus, an das Verwaltungsgebäude angebaut.
3. Anstaltskapelle.
4. Wohnhaus des Direktors.
5. Doppelwohnhaus für den 2. und 3. Arzt.
6. Wasserthurm.
7. Kochküchengebäude.
8. Wohnhaus für die in Koch- und Waschküche beschäftigten kranken Frauen.
9. Waschküchengebäude.
10. Maschinenhaus mit Centralbad.
11. Werkstättengebäude.
12. Eiskeller.
13. Leichenhaus.
14. Spritzenhaus.
15. Gewächshaus mit Gärtnerwohnung.
16. Kegelbahn.

V. Allgemeine bauliche Bestimmungen.

Sämmtliche Gebäude werden in Ziegelrohbau ausgeführt.

Die Heizung ist eine zentrale für die einzelnen Gebäude. Jedoch ist die Entscheidung vorbehalten und von der Kostenfrage bei der speziellen Bearbeitung des Heizungsentwurfes abhängig gemacht, ob nicht die Dienstwohnungen, die Häuser für Ruhige und die Wärterwohnhäuser mit Kachelöfen zu beheizen sind. Soweit möglich, sollen die Heizapparate mit Wärme durch Dampfleitung versehen werden, welche vom Maschinenhause in unterirdischen Kanälen den einzelnen Häusern zugeführt wird. Die erforderliche Ventilation erfolgt durch Aspiration. Die Beleuchtung wird durch selbsterzeugte Elektrizität besorgt.

Sämmtliche Gebäude (ausgenommen Eiskeller und Spritzenhaus) erhalten einen Fernsprechapparat, wofür die Sammelstelle sich im Dienstzimmer des Pförtners befindet, ferner Hydranten nebst Schläuchen zu Feuerlöschzwecken und Blitzableiter. Eine eigene Wasserleitung versorgt alle Gebäude; das erforderliche Wasser wird Tiefbrunnen entnommen, welche auf der Baustelle erbohrt werden. Die Abwässer werden durch Röhren einem anzulegenden Rieselfelde zugeführt.

VI. Bauliche Bestimmungen für die Krankenhäuser.

Die Krankenhäuser innerhalb der geschlossenen Anstalt werden mit ihrer Längsaxe in der Richtung von Nord nach Süd errichtet, so dass die Säle und Zimmer der Kranken grösstentheils von Osten oder Westen Licht erhalten. An jedem Krankenhause befindet sich ein Garten der mit einem leichten Zaune umgeben und nur bei den Unruhigen mit massiver Mauer eingefriedigt ist. Zur Erholung dienen ferner gedeckte, gegen Zug zu schützende Lauben, welche an die Häuser auf der nach dem Garten gelegenen Seite, an die Tageräume anschliessend, angebaut werden. Für die Raumberechnung der für die Kranken bestimmten Schlaf-, Krankensäle und Tageräume sind die Bestimmungen der Polizeiverordnung des Oberpräsidenten der Provinz Posen vom 23. Januar 1898 maassgebend; jedoch wird für die Aufnahme- und die Siechenabtheilung eine Vergrösserung des Luftraumes von 30 bis auf 35 cbm. für den Kopf in Aussicht genommen.

Die Gebäude werden durch Anlegung von wagerechten und senkrechten Isolirungen gegen das Eindringen der Erdfeuchtigkeit geschützt. Der Fussboden besteht in den Krankenräumen und Einzelzimmern aus schmalen Eichenbrettern, die in heissem Asphalt verlegt werden, in den Aborten, Wasch- und Badezimmern und Küchen aus Platten von gebranntem Thon, im Keller aus Asphalt oder Ziegelpflaster, in den übrigen Räumen aus tannenen oder kiefernen Dielen.

Die Decken werden massiv zwischen eisernen Trägern ausgeführt. Die Wände werden auf 2 Meter Höhe mit verlängertem Zementmörtel geputzt und im darauf folgenden Jahre nach dem völligen Austrocknen mit Oelfarbe gestrichen. In den Einzelzimmern erhalten die ganzen Flächen der Wände und die Decke dauerhaften, abwaschbaren Anstrich, wofür Emailfarbe gewählt wird. Für den übrigen Anstrich genügt Leimfarbe. Die Treppen sind in massiver Konstruktion, ohne andere als die in allen Wohnhäusern üblichen Sicherheitsvorkehrungen gegen Hinabstürzen anzulegen. Die Fenster sind durchweg als Doppelfenster herzustellen mit Ausnahme solcher, die sich in den leichten Abschlusswänden von Gartenlauben u. s. w. befinden. Die Fenster sind ganz wie gewöhnliche Fenster anderer Häuser auszubilden; nur ist ein mittelst Dornschlüssel zu öffnender Sicherheitsverschluss hinzuzufügen. Die Dornschlüssel können gleichzeitig die Thüren und Hähne der Heizung und Wasserleitung schliessen. Die Einzelzimmer erhalten schmiedeeiserne Fenster mit zolldicken Glasscheiben. Die Vergitterung der Fenster ist auf die Abtheilungen für unruhige Kranke zu beschränken. Die Thüren sind, mit Ausnahme derjenigen zu den Einzelzimmern, wie sonst übliche Zimmerthüren mit geraden, unauffälligen Klinken herzustellen. Ein Hauptschlüssel muss sämmtliche Thürschlösser der Krankenhäuser öffnen können.

Die Einzelzimmer werden ganz glatt, ohne irgend welche Vorsprünge, hergestellt. Die bereits geschilderten Fenster können von aussen durch hölzerne Stabvorhänge verdunkelt werden. Wagerechte Fensterbretter sind zu vermeiden, die Fensterbrüstungen sind abzuschrägen. Die starken Thüren, welche innen mit glatt gehobelten eichenen Brettern bekleidet sind, drehen sich derartig in einem runden Falze, dass ein Zwischenklemmen der Finger unmöglich ist, und dass sie in geschlossenem Zustande mit der Wand eine glatte Fläche bilden. Die Beleuchtung erfolgt durch eine über der Thür hinter starkem Glase angebrachte Glühlampe. Zur Heizung und Ventilation dienen Maueröffnungen, welche durch versenkt eingelassene, schmiedeeiserne Gitter geschlossen sind.

Die Krankenhäuser brauchen nur soweit unterkellert zu werden, als Raum zur Unterbringung der Heizungsanlage erforderlich wird. Die Kellersohle soll durchweg über dem höchsten Grundwasserstande liegen. Es ist beabsichtigt, die Kellerräume gegen das übrige



Gebäude abzusperren und nur durch einen Kellerhals unmittelbar von aussen zugänglich zu machen. Zur Eindeckung der Dächer sollen Falzziegel verwendet werden. Diese Art der Eindeckung, welche als wetterbeständig allgemein bewährt, bei sorgfältiger Ausführung das Eindringen von Schnee und Feuchtigkeit verhindert, bedingt die Anlage nicht zu flacher Dächer, so dass der Schnee darauf nicht lange liegen bleiben und das Wasser ungehindert abfliessen kann. Auch

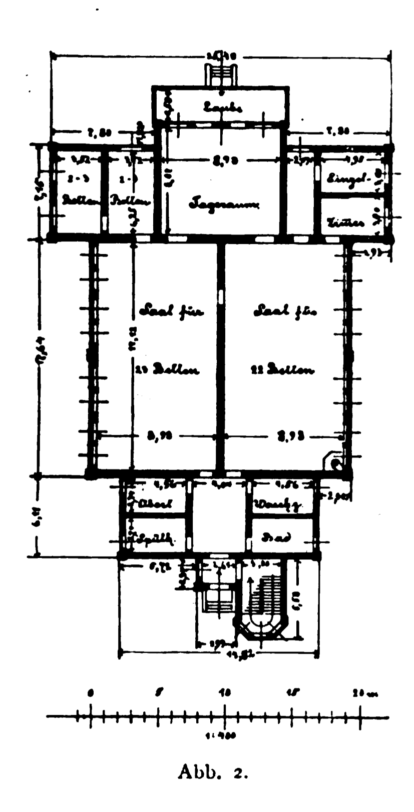


Abb. 2.

entstehen so Bodenräume, die zu Kleiderkammern, Vorrathsräumen, Dachstuben und zur Aufnahme der Ventilationssammelkanäle vorteilhaft zu verwenden sind.

Alle von Kranken zu benutzenden Aborte sind zwischen hölzernen Seitenwänden ohne Thür anzubringen, so dass jederzeit eine Ueberwachung möglich ist. Die Klosets erhalten Wasserspülung nach dem System Tornado, dessen Zugvorrichtung sich gegen Beschädigung und Missbrauch schützen lässt. Für die Bäder werden kupferne Wannen beschafft, welche die sicherste Gewähr für Haltbarkeit und Sauberkeit bieten. Ausserdem wird nach dem in der praktischen Anwendung bewährten Muster von Conradstein die Erbauung einer Centralbadeanstalt mit Schwimmbassin im Anschluss an das Maschinenhaus in Aussicht genommen.



Einzelprogramm.

A. 1. Aufnahmeabtheilung.*)

Jedes der beiden zu errichtenden, unter sich ganz gleichen Gebäude enthält mit Ausnahme des Vorbaues nur ein Erdgeschoss. Zur Unterbringung der Kranken dienen zwei grosse, nebeneinanderliegende, durch eine Thür verbundene Säle. Der erste Saal ist Wachstation (für Selbstmordverdächtige u. s. w.), der zweite für ruhige bettlägerige Kranke bestimmt. Ausserdem sind vorgesehen ein Tagesraum, zwei kleinere Zimmer für je 2 bis 3 Betten, von dem ersten Saale unmittelbar zugänglich ein Einzelzimmer, während ein zweites

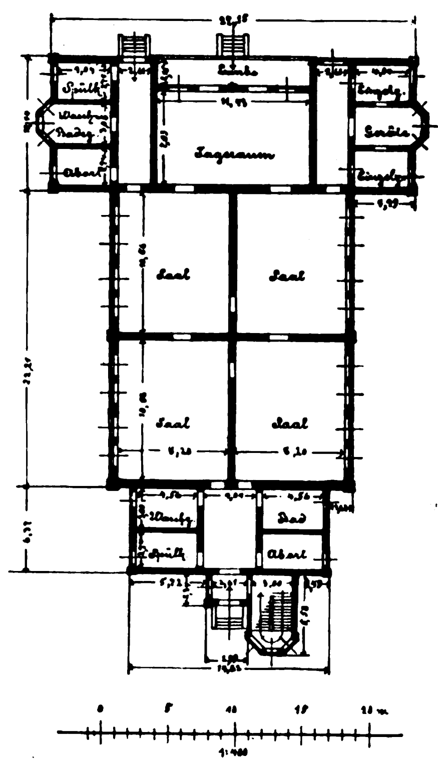


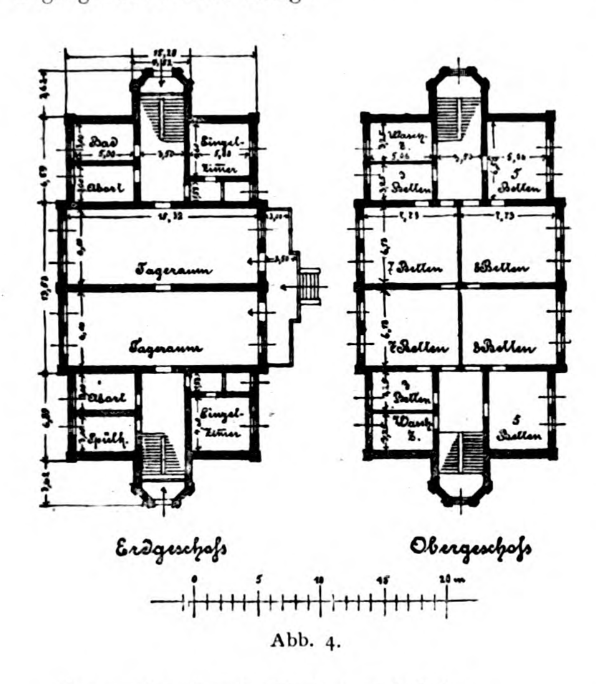
Abb. 3.

durch einen Schallkorridor davon getrennt ist. An sonstigen Nebenräumen sind Waschzimmer, Badezimmer mit zwei Wannen, Klosettraum und Spülküche vorhanden. In dem ersten Saale soll in einer Ecke ein Wasserklosett aufgestellt werden, welches durch ein über Dach führendes Rohr entlüftet wird. Luftraum (mit Rücksicht auf die zahlreichen Unreinlichen) $32\,^1/_2$ cbm für jedes Bett der 40 Kranken und 5 Wärter bezw. Wärterinnen; Tageraum, etwa für die Hälfte der Krankenzahl berechnet, 4 qm Bodenfläche. Die Fenster der Krankensäle sind nicht vergittert, aber aus Eisen, und das Innenfenster mit schmalen Scheiben aus dickem Spiegelglas versehen.

*) Siehe die Abb. 2.



An den Tageraum schliesst sich eine überdeckte, zugsichere, geräumige Laube an, durch welche der Zugang zum Garten erfolgt.



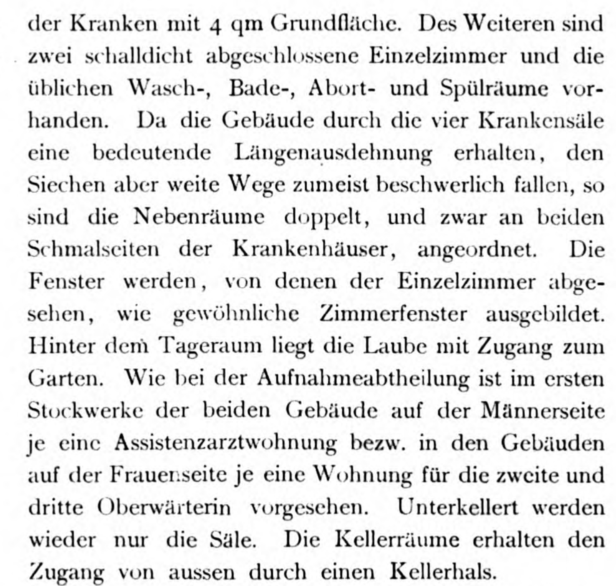


Abb. 4.

Der zweigeschossige Vorbau enthält im Obergeschoss auf der Männerseite eine aus Wohnzimmer, Schlafzimmer und Klosett bestehende Wohnung eines unverheiratheten Assistenzarztes, auf der Frauenseite die gleiche Wohnung für die erste Oberwärterin. Ein verschliessbares Zimmer des ersten Stockwerkes dient zur Unterbringung der den Kranken gehörenden Gegenstände. Kleiderkammern befinden sich auf dem Dachboden. Unterkellert werden nur die Säle; die Kellerräume, welche die Heizungsvorrichtungen aufnehmen sollen, werden durch einen Kellerhals von aussen zugänglich gemacht.

A. 2. Siechenabtheilung.*)

Zur Unterbringung der Siechen oder körperlich Kranken sind auf der Männer- wie auf der Frauenseite je zwei, im Ganzen, also vier Gebäude zu errichten. Jedes Haus soll 40 Kranke beherbergen und mit Ausnahme des Vorbaues nur ein Erdgeschoss enthalten. Zur Aufnahme der Kranken dienen vier Schlafsäle zu je 10 Betten mit 35 cbm Luftraum für das Bett, und ein Tageraum für die Hälfte der Kranken mit 4 qm Grundfläche. Des Weiteren sind zwei schalldicht abgeschlossene Einzelzimmer und die üblichen Wasch-, Bade-, Abort- und Spülräume vorhanden. Da die Gebäude durch die vier Krankensäle eine bedeutende Längenausdehnung erhalten, den Siechen aber weite Wege zumeist beschwerlich fallen, so sind die Nebenräume doppelt, und zwar an beiden Schmalseiten der Krankenhäuser, angeordnet. Die Fenster werden, von denen der Einzelzimmer abgesehen, wie gewöhnliche Zimmerfenster ausgebildet. Hinter dem Tageraum liegt die Laube mit Zugang zum Garten. Wie bei der Aufnahmeabtheilung ist im ersten Stockwerke der beiden Gebäude auf der Männerseite je eine Assistenzarztwohnung bezw. in den Gebäuden auf der Frauenseite je eine Wohnung für die zweite und dritte Oberwärterin vorgesehen. Unterkellert werden wieder nur die Säle. Die Kellerräume erhalten den Zugang von aussen durch einen Kellerhals.

Für den Fall des Ausbruches ansteckender Krankheiten oder Epidemien wird in je einem Gebäude auf der Männer- und Frauenseite ein zweiter Eingang an der Hinterfront angebracht, von welchem bei geringer Krankenzahl ein, bei grösserer zwei Säle mit

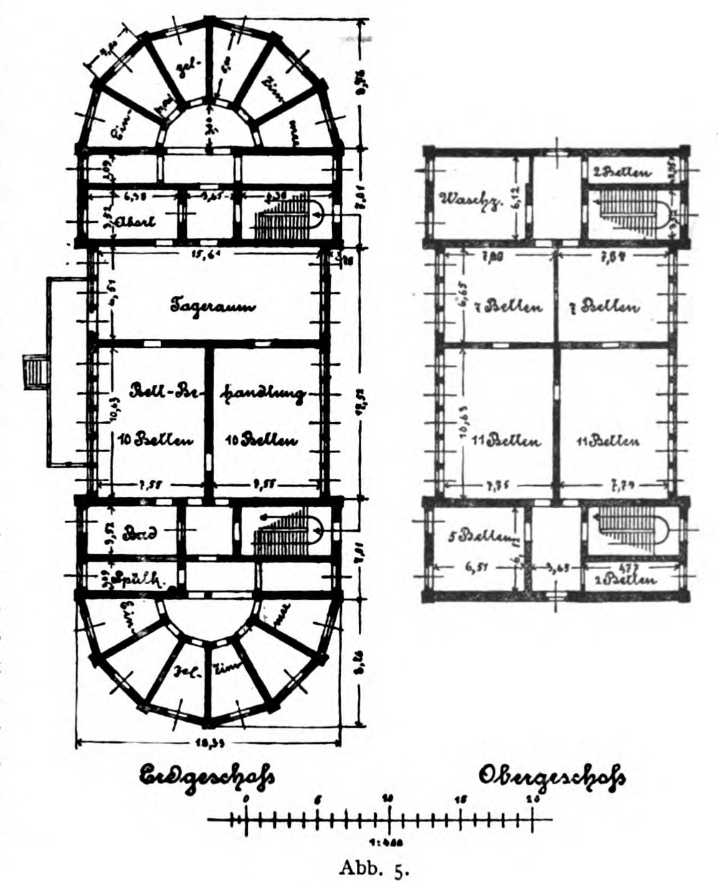


Abb. 5.

*) Siehe die Abb. 3.



Nebenräumen zugänglich gemacht werden, die von dem übrigen Gebäude, ohne dessen Betrieb sonst zu beeinflussen, abgesperrt werden können.

A. 3. Abtheilung für Halbruhige.*)

Jedes Gebäude erhält ein Erd- und ein Obergeschoss mit der Anordnung, dass sich unten die Wohn- und oben die Schlafräume für 40 Kranke und das erforderliche Wärterpersonal befinden. Im Erdgeschosse liegen in der Mitte zwei grosse, länglich geformte, durch eine Thür verbundene Säle als Tageräume, vor welche nach der Gartenseite die übliche Gartenhalle vorgebaut wird. An die Säle gliedern sich nach den beiden Schmalseiten des Hauses zu die als Abort, Bad und Spülküche dienenden kleineren Räume, sowie zwei durch einen Schallkorridor abgetrennte Einzelzimmer an. Im Obergeschosse sind ausser zwei Waschräumen je zwei Schlafzimmer zu 8, 7, 5 und 3 Betten für Kranke und Wärterpersonal angeordnet. In den Schlafräumen sind 20 cbm Luftraum für das Bett, in den Tagräumen 4 qm Bodenfläche für den Kopf berechnet. Die Fenster sind gewöhnliche. Die Unterkellerung des Gebäudes zu Heizungszwecken erfordert nur den Raum unter den Tageräumen.

A. 4. Abtheilung für Unruhige.**)

Wie in der Abtheilung für Halbruhige enthalten auch hier die Gebäude im Erdgeschoss die Wohn- und im Obergeschosse die Schlafräume. Den Kern des Erdgeschosses bilden drei Säle, von denen zwei, welche nebeneinander liegen und durch eine Thür verbunden sind, je 10 Betten mit 30 cbm Luftraum für den Kopf zur Bettbehandlung von Kranken aufnehmen sollen, während der dritte, als Tageraum dienende Saal den beiden anderen quer vorgelagert ist. Seitlich befinden sich Abort, Bad und Spülküche. Das Obergeschoss enthält verschieden grosse Schlafsäle und Zimmer für 40 Kranke sowie die zugehörigen Wärter- nebst einem geräumigen Waschzimmer. Alle Fenster sind wie gewöhnliche Fenster konstruirt, jedoch vergittert.

Im Erdgeschosse sind an beiden Schmalseiten des Gebäudes eingeschossige Anbauten von der Form halber Zwölfecke angegliedert, in welchen, von dem übrigen Hause durch Schallkorridore getrennt, je sechs Einzelzimmer strahlenförmig nebeneinander angelegt werden. Die Grundrissgestaltung dieser in Form eines Keiles angeordneten Zimmer ermöglicht es, dass von der schmalen Thürwand aus der ganze Raum übersehen werden kann.

Der Garten, welcher wieder von einer den Tageräumen vorgelagerten Laube aus erreicht wird, ist mit einer hohen, massiven Mauer umgeben. Unterkellert sind die drei Säle des Erdgeschosses.

(Fortsetzung folgt.)

*) Siehe die Abb. 4.

**) Siehe die Abb. 5.

Zur Genese der paranoischen Wahnideen.

Das Referat des Herrn Redaktors dieser Zeitschrift über Spechts „pathologischen Affect in der chronischen Paranoia" reizt mich zu einigen Bemerkungen, obschon ich die Bedeutung der besonders in ihrem kritischen Theil so hübschen Arbeit gewiss nicht unterschätze.

Nach Specht giebt es Psychosen durch krankhafte Hypertrophie der Lustgefühle (manische Zustände), durch übertriebene Entwicklung der Unlustgefühle (melancholische Zustände) und solche durch krankhafte Uebertreibung des aus Lust und Unlust gemischten Affectes (Paranoia). Diese drei Krankheitsarten lassen sich theoretisch konstruiren und in der Praxis finden. Weitere Gefühlspsychosen kann es nicht geben.

Der gemischte Affect ist das Misstrauen, „das Gefühl des Verfolgtwerdens" (pg. 25). Damit ist immer eine „Steigerung des Selbstgefühls" verbunden. Ueberwiegt die letztere Componente, so entsteht Grössenwahn, und übernimmt die Depression die Führung, so bildet sich Verfolgungswahn aus.

Eine scharfe Fassung des Begriffes „Gefühl" zeigt — wie auch Bresler andeutet — die Unhaltbarkeit dieser Deduktion.

Das Gefühl, die Gefühlsbetonung aller intellektuellen psychischen Vorgänge (Empfinden, Denken, Handeln), hat, wie Specht selbst annimmt, nur eine Dimension. An einem Pol ist die höchste Lust, am andern das Maximum der Unlust. Nehmen wir nun auch an, dass der gleiche Vorgang sowohl von Lust- wie von Unlustgefühlen betont werden könne, so ergiebt die Mischung der beiden entgegengesetzten Gefühle so wenig das Gefühl des Misstrauens oder gar der Verfolgung, wie die Mischung von Weiss und Schwarz rot und blau ergeben kann. Mit anderen Worten: Misstrauen ist kein Gefühl im Sinne Spechts selbst. Das „Gefühl" des Verfolgtseins ist in erster Linie ein intellektueller Vorgang, der wie alles psychische Geschehen von einem Gefühl im Sinne von Lust oder Unlust begleitet sein kann. Das Wort „Gefühl" bezeichnet in diesen Fällen etwas toto coelo verschiedenes. Eine Aehnlichkeit haben die beiden verwechselten Begriffe immerhin. Jedes Gefühl involvirt



eine gewisse Denkrichtung: Lustgefühle hemmen die unlusterregenden Associationen und fördern die ihnen entsprechenden und umgekehrt. Misstrauen bezeichnet eine allgemeine Orientirung der Associationen in einer bestimmten Richtung. Etwas Aehnliches hat man bei allen Affecten. Ich weiss wohl, dass man in oberflächlicher Weise viele derselben als gemischte bezeichnet. Durch Mischung von Lust und Unlust entstehen sie aber so wenig, wie das Misstrauen. Entweder muss noch etwas hinzukommen, oder die Affekte sind qualitativ verschieden von den Gefühlen in obigem Sinne. Das Letztere scheint mir beiläufig gesagt der Wirklichkeit zu entsprechen: sie sind wohl bestimmte Associationsrichtungen mit bestimmten Gefühlsbetonungen; welche dieser beiden Componenten die primäre sei, möchte ich nicht entscheiden; sie können auch ganz wohl einander coordinirt sein.

Sei dem wie ihm wolle. Das „Gefühl des Misstrauens“ steht ausserhalb der Linie Lust — Unlust. Specht selbst parallelisirt es verschiedenen Affecten. Damit fällt seine ganze Theorie der drei möglichen Gefühlsstörungen und die Paranoia verliert ihre Analogie zu den Gefühlspsychosen, und wenn sie eine blosse Affectkrankheit wäre, so wären im Sinne Spechts theoretisch für jeden andern Affect entsprechende Krankheitsbilder zu postuliren.

Der Nachweis der primären gemüthlichen Verstimmung sollte auch noch überzeugender geleistet werden. Im Beginne des Verfolgungswahns ist die Verstimmung selbstverständlich; wäre sie primär nicht vorhanden, so müsste sie in Folge des beständigen Misstrauens auftreten. Wie steht es aber bei den expansiven Paranoikern, denen mit Grössenwahn?

Auch der versuchte Beweis der primären Gefühlsstörung aus der übertriebenen Reaction ist noch nicht überzeugend. Ganz abzusehen von den Frauen sind gar nicht alle männlichen Paranoiker gefährlich. Ich kenne solche, die sich ausgezeichnet beherrschen, obgleich sie seit Jahrzehnten vergiftet, ausgelacht, in jeder Weise chicanirt werden. Wenn es ohne weiteres zugegeben werden muss, dass die meisten Menschen dann und wann Unrecht leiden, ohne gefährlich zu werden, so darf denn doch nicht vergessen werden, dass es kaum jemanden giebt, der beständig, in allem, was er erfährt und thut, gequält wird. Wie viele der gesunden Männer würden das aushalten, ohne gelegentlich einmal, beim Wein oder im Zorn, gewaltthätig zu werden? Und umgekehrt, wenn ein Paranoiker in eine neue Umgebung versetzt wird, an die er noch keine Wahnideen knüpft, wie euphorisch ist er nicht daselbst in einer grossen Anzahl von Fällen, bis der Wahn als solcher bestimmt oder unbestimmt wieder hervortritt?

Kann man aber wenigstens die Paranoia aus dem Misstrauen erklären? Durchaus nicht. Misstrauen führt noch nicht zur Ueberzeugung; im Gegentheil, wäre es die einzige oder die alles beherrschende Gedankenrichtung, so müsste es die Entwicklung der unerschütterlich feststehenden paranoischen Wahnideen verhindern. Dann aber die Hauptsache: aus dem Misstrauen können wir den Grössenwahn nicht entstehen lassen, weder als Erklärungswahn für die Verfolgungen, (was auch Specht mit Recht verwirft), noch als ein Product des im Misstrauen erhöhten Selbstgefühls.

Bei einer grossen Anzahl von Paranoikern nämlich, die allerdings selten in die Irrenanstalten kommen, den reinen Megalomanen, sehen wir eben in keinem Stadium etwas von pathologischem Misstrauen und da müssen wir wohl annehmen, dass dieses fehle. Wenn wir also nicht verschiedene Krankheiten aus der Megalomanie und dem Verfolgungswahn machen wollen, so muss überhaupt das Misstrauen als (alleinige) Wurzel der Paranoia aufgegeben werden.

Nicht einmal der weitere Begriff der „krankhaften Eigenbeziehung“ genügt zur Erklärung der megalomanischen Formen.*) Ich habe die mir momentan zur Verfügung stehenden Druckschriften von Erfindern und Propheten durchgesehen. Sie enthalten (wohl zufällig) sogar weniger Beziehungen zum Ich als manche Geistesproducte Gesunder. In einer kleinen Broschüre, bei deren Verfasser ich allerdings die Dementia praecox nicht sicher ausschliessen kann, fehlt sogar das Wort „ich“, und der Name des Autors auf dem Titelblatt ist geradezu versteckt. Hier heisst es den Thatsachen Zwang anthun, wenn man die Krankheit aus der nicht nachweisbaren Hypertrophie des Selbstgefühls oder des Ichcomplexes erklären wollte. Die Beobachtung zeigt uns in solchen Fällen nicht mehr, als dass der angehende Patient sich in irgend ein religiöses oder wissenschaftliches Thema verbohrt hat, Wahrscheinlichkeiten, Möglichkeiten und Einfälle für logisch begründete Gewissheiten hält und so zu dem Glauben kommt, eine wichtige Entdeckung gemacht zu haben. Von dem wirklichen Entdecker unterscheidet er sich nicht durch den grösseren Werth, den er nun auf seine Persönlichkeit legt, sondern durch die falsche Logik und Unkorrigirbarkeit seiner Deductionen.

*) Und eben so wenig das von Bresler angenommene Gefühl der Unsicherheit! Die Megalomanen haben im Gegentheil zu viel Gefühl der Sicherheit.



Ob nun diese falsche Logik in einer primären Gemüthsalteration begründet sei, das bleibt noch zu beweisen. Zu beweisen ist ferner noch, dass die Frage: Alteration des Gemüthes oder des Verstandes? überhaupt richtig gestellt ist. Giebt es denn keine andern Momente, welche die Richtung der Association modifiziren? Aufmerksamkeit, Denkgewohnheit resp. Uebung in bestimmter Richtung, Constellation, Suggestibilität sind doch auch Factoren, die in Betracht gezogen werden müssen.

Wir sind also trotz der Arbeit Spechts noch lange nicht so weit, wie wir gerne möchten. Eine zukünftige Theorie der Paranoia hat aber auch Rücksicht zu nehmen auf die — natürlich in den Anstalten sehr seltenen — Fälle, bei denen Misstrauen und gehobenes Selbstgefühl nicht nachweisbar oder als normale Reaktion auf die Umstände zu betrachten sind.

Es ginge übrigens, auch wenn der Nachweis geleistet würde, dass ein Mischaffect im Sinne Spechts der Paranoia zu Grunde liege, noch nicht an, sie deswegen einfach als dritte Gefühlskrankheit der Melancholie und Manie zu zugesellen. Die beiden letzteren Störungen sind acute Gefühlsschwankungen, die sich zurückbilden, sogar meistens bei der gleichen Person und oft im gleichen Anfall diesseits und jenseits der Gleichgewichtslage hin und her pendeln. Die Chronicität und Progressivität der Paranoia verlangt eine ganz andere Auffassung als diese Störungen eines labilen Gleichgewichts.

Wenn Specht zum Beweise seiner Auffassung heranzieht, dass im Uebergang von Melancholie zur Manie und umgekehrt, paranoide Bilder sich entwickeln, so muss ich doch sagen, dass nach meiner Erfahrung die Seltenheit dieser Fälle eher gegen seine Ansicht in's Feld geführt werden könnte. Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Gehässigkeit mit den entsprechenden falschen Auslegungen von Erlebnissen findet man unter solchen Umständen oft, aber selten Zustände, die von einem tiefer gehenden Beobachter mit Paranoia verwechselt werden könnten. Umgekehrt zeigte der einzige von uns beobachtete Fall periodischen Irreseins, der in Beziehungswahn und Verfolgungswahnsystem so sehr einem chronischen Paranoiker glich, dass er einen gewiegten Kliniker täuschte, so weit wir sahen nur rein depressiven Affect und zugleich mit dem Auftreten gehobener Stimmungen verblassten die Wahnideen vollständig.

Dann fehlt noch der Beweis, dass krankhafte Eigenbeziehungen, wie Specht glaubt, nur in Folge von Stimmungsanomalien vorkommen. Bei Dementia praecox, und zwar gerade bei der paranoiden Form, wimmelt die Psyche des Patienten oft von Eigenbeziehungen, während die Stimmungsanomalien zurücktreten oder nur in Form verminderter, gemüthlicher Reaction, einer bodenlosen Gleichgültigkeit gegen Alles, zu konstatiren sind.

Gerade hier werden wir bei unserm jetzigen Wissen ohne die von Specht verpönten primordialen Wahnideen kaum auskommen, und wir können diese sogar noch in das übrige Bild der Krankheit sehr schön einpassen. Wir wissen ja, dass hier die Associationen in der Weise gestört sind, dass oft ohne jede erkennbare Regel der normale Gedankengang abschneidet und umgekehrt andere Gedanken ohne jeden sichtbaren Zusammenhang auftauchen. Dieser Mechanismus kann nach unserm jetzigen Wissen zur Bildung von Wahnideen genügen; warum sollen letztere da noch anders bedingt sein?

Unter diesen Umständen werden denn auch Wahnideen gebildet, die nicht egocentrisch sind. Eine Patientin z. B. kommt plötzlich auf die Idee, der Secundararzt sei vom Assistenzarzt auf der Männerseite eingesperrt worden, und glaubt fest daran. Irgend eine Beziehung zu ihrer Person lässt sich nicht finden. Eine alte Frau glaubt, die Familie ihres Pfarrers, der schon über 80 Jahre alt war, als sie konfirmirt wurde, sei in der Anstalt eingesperrt. Man kann sich über alle Details dieser Idee mit ihr besprechen. Sie bezieht gar nichts davon auf sich oder ihre Verhältnisse. Auch erzählt sie alles ohne jeden Affect, gerade wie wenn wir von einer uns gleichgültigen Zeitungsnotiz sprechen.

Da die Hallucinationen in der Hinsicht, auf die es uns hier ankommt, identisch mit den Wahnideen sind, mag auch erwähnt werden, dass bei Dementia praecox nicht centrirte Sinnestäuschungen sehr häufig sind. Eine ganz besonnene, sehr gut arbeitende Patientin sieht z. B. einen ihr unbekannten Mann ins Zimmer kommen, eine Banknote zusammen mit Butter auf Brod streichen und dann verzehren. Sie verwundert sich darüber, aber eine Beziehung zu sich ist unauffindbar. Auch Deliranten hallucinieren so oft ein blosses „Theater", dessen zufällige und unbetheiligte Zuschauer sie sind. Ein Kranker z. B. sieht Tage lang auf einem hallucinirten Brett, das rings um die Wand läuft und zwar unmittelbar unter der Decke, nicht in seiner Nähe, eine Menagerie von etwa fusslangen Löwen, Elephanten, Tigern etc., vorbeispazieren. Die Sache geht ihn gar nichts an, nur kommt sie ihm etwas komisch vor.

Ich weiss wohl, dass man in alle diese Dinge eine egocentrische Beziehung hineindeuten kann.



Mit gleichem Recht kann man es bei jedem beliebigem Erlebniss thun; in einem so trivialen Sinne kann indessen Specht seinen Ausspruch nicht gemeint haben. Will er aber sagen, die falsche Idee von der Anwesenheit der Pfarrfamilie sei keine Wahnidee, weil sie nicht egocentrisch sei? Dann wäre das wohl eine petitio principii.

Prof. Bleuler-Burghölzli.

Fahrlässigkeit bei Entweichung eines irren Strafgefangenen?

Von Oberarzt Dr. *Eduard Hess* (Stephansfeld).

Ein vielfach vorbestrafter, zuletzt 1892 wegen schweren Diebstahls in wiederholtem Rückfalle zu zwölf Jahren Zuchthaus verurtheilter Mann namens W. G. wurde vom Strafanstaltsarzt für geisteskrank erklärt und am 3. November 1900 aus der Strafanstalt Ensisheim der Bezirksirrenanstalt Stephansfeld zugeführt. Wir legten ihn in unsere sicherste Abtheilung. Er verhielt sich stets still und ruhig und äusserte sich sehr wenig; sein ganzes Betragen war zweifellos darauf gerichtet, uns zu täuschen. Seit Ende Februar d. Js. suchte er sich auf der Abtheilung nützlich zu machen, half bei den häuslichen Arbeiten u. dgl., wich aber in auffallender Weise den Aerzten aus. Da wir ihm mit Recht misstrauten, wurde von Mitte März an den Wärtern wiederholt untersagt, ihn zu irgend einer Arbeit heranzuziehen. Trotz dieses ausdrücklichen Verbots nahm am 6. April vormittags der Wärter G. den Kranken zum Füllen von Strohsäcken mit in die Kolonie (eine ganz freie Abtheilung). Von hier lief der Kranke weg; der Wärter G. merkte das sofort und setzte ihm nach, aber ohne Erfolg. Der sehr flinke Kranke schwamm zweimal durch die damals sehr tiefe, wasserreiche Zorn und verschwand dann in der Ferne. Er wurde bis jetzt nicht wieder eingebracht.

Der Director bestrafte den Wärter G., der seit zwölf Jahren im Dienst war und sich bis dahin als zuverlässig gezeigt hatte, gemäss den Satzungen durch Lohnabzug.

Nachdem festgestellt war, dass der Wärter G. wie alle Wärter der Anstalt ein Beamter im Sinne der §§ 347 u. 359 St. G. B. nicht sei, sondern zur Anstalt im Verhältniss eines bezahlten Lohnarbeiters stehe, erhob die Staatsanwaltschaft Anklage gegen ihn auf Grund des § 121 St. G. B.

Dieser Paragraph, Absatz 2, lautet:

„Ist die Entweichung (eines Gefangenen) durch Fahrlässigkeit befördert worden, so tritt Gefängnissstrafe bis zu drei Monaten oder Geldstrafe bis zu dreihundert Mk. ein". Nach einer Entscheidung des Reichsgerichts (Bd. XIX. 330) haftet ein Wärter, der in einer Krankenanstalt die Beaufsichtigung dahin gebrachter Gefangenen übernimmt, wie ein Gefangenwärter.

Am 6. August wurde die Sache vor dem Schöffengericht Brumath verhandelt.

Ich führte bei meiner Vernehmung etwa das folgende aus:

Der entwichene Sträfling wurde der Anstalt nicht etwa zur Beobachtung behufs Abgabe eines Gutachtens zugewiesen, sondern er war bereits vom Strafanstaltsarzt für geisteskrank und unbedingt der Aufnahme in die Irrenanstalt bedürftig erklärt.

Der Aufnahmebeschluss des zuständigen Bezirkspräsidenten des Ober-Elsass, bei dem von der Strafanstaltsdirektion der entsprechende Antrag gestellt worden war, lautete wörtlich:

„Nachdem aus den vorliegenden Verhandlungen sich ergeben, dass der Zuchthaussträfling W. G. . . . an Irrsinn leidet, nachdem sich ferner herausgestellt, dass der Zustand des vorbezeichneten Kranken ein solcher ist, welcher die öffentliche Ordnung beziehungsweise die Sicherheit seiner Umgebung gefährdet, verfüge ich, auf Grund des Gesetzes vom 30. Juni 1838: Der oben bezeichnete G. ist in der öffentlichen Irrenanstalt zu Stephansfeld, Bezirk Unter-Elsass, unterzubringen. Die Unterhaltungskosten des Kranken in der gedachten Anstalt werden bis auf Weiteres von dem Bezirk Unter-Elsass (wo der G. seinen Unterstützungswohnsitz hatte) getragen".

Solche Kranke, die aus der Strafanstalt kommen, werden in Stephansfeld behandelt und verpflegt, wie alle andern Kranken — mit Ausnahme der Untersuchungsgefangenen, bei denen von einer Behandlung, wenn sie nicht unbedingt erforderlich ist, abgesehen wird, da sie ja der Anstalt auch gar nicht zur Behandlung, sondern zur Beobachtung behufs Vorbereitung eines Gutachtens überwiesen werden.

Die Staatsanwaltschaft pflegt bei den geisteskranken ehemaligen Sträflingen von Zeit zu Zeit anzufragen, ob der Zustand derselben sich soweit gebessert habe, dass sie ihre Strafverbüssung fortsetzen können Worauf die entsprechende Antwort erfolgt. Ist ein solcher Kranker geheilt, so wird er nicht entlassen, sondern der Staatsanwaltschaft wieder übergeben; bezw. eine Beurlaubung oder Entlassung findet nur statt, wenn die Staatsanwaltschaft sich damit einverstanden erklärt.

Was das Verhältniss des einzelnen Wärters zu einem geisteskranken Sträfling anlangt, so ist zu bemerken: dem Wärter wird nicht gesagt, dieser oder jener Kranke ist ein Sträfling; das hat der Wärter überhaupt nicht zu wissen, für ihn ist jeder Kranke gleich; er hat jedem in der gleichen vorschriftsmässigen Weise zu begegnen. Es ist natürlich nicht zu vermeiden, dass die Wärter erfahren, welche Kranken aus dem Zuchthaus kommen; die Leute erzählen es selbst oder ihre zahlreichen in der Anstalt befindlichen einstigen Zuchthausgenossen; aber an der Stellung des Wärters zu dem Sträfling kann dadurch nichts geändert werden. Im vorliegenden Fall wurde den Wärtern, darunter dem Wärter G., besondere Vorsicht dem Kranken W. G. gegenüber nicht unter der Begründung



anbefohlen, der W. G. sei ein Sträfling, sondern deshalb, weil der W. G. sehr fluchtverdächtig war; wie das so und so oft auch bei andern Kranken geschieht, die nie mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren. —

Der Vertreter der Staatsanwaltschaft beantragte gegen den Wärter G. eine Geldstrafe von fünfzig Mk.

Das Gericht sprach ihn frei, da der entwichene Kranke W. G. überhaupt nicht als Strafgefangener angesehen werden, somit auch von einer Fahrlässigkeit bei der Entweichung eines Gefangenen keine Rede sein könne.

Berufung gegen das schöffengerichtliche Urtheil wurde nicht eingelegt.

Mittheilungen.

— Achte Jahresversammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins in der Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow a. Rega am 8. Juli 1901.

Anwesend 16 Theilnehmer. Vorsitzender: Mercklin. Vor Beginn der Sitzung fand ein gemeinsamer Rundgang durch die Anstalt statt, wobei Mercklin Erläuterungen zum Bauplan der Anstalt gab (erscheinen in der Psych. Wochenschrift).

1. Colla-Finkenwalde: Der Alkoholismus und seine Behandlung.

D. fasst den Inhalt seines ausführlichen Vortrags in folgende Leitsätze zusammen:

1. Der chronische Alkoholismus ist eine Krankheit.

2. Als wesentlichstes Moment für die Entstehung kommt die erhöhte Empfindlichkeit des Einzelnen für die Giftwirkung des Alkohols (Intoleranz) in Betracht.

3. Die Intoleranz ist angeboren oder erworben. Namentlich kann auch der Einfluss bekannter, die Widerstandsfähigkeit des Organismus schwächender Momente (Ausschweifungen, Infektionen u. s. w.) auf die Intoleranz nicht von der Hand gewiesen werden.

4. Die Intoleranz, einmal vorhanden, ist im Allgemeinen unabänderlich, und somit der Alkoholismus unheilbar insofern, als ein Alkoholiker bei Versuchen geistige Getränke mässig zu geniessen, ausnahmlos rückfällig wird.

5. Daher kann die rationelle Behandlung des Alkoholikers nur darin bestehen, dass man den Alkoholiker aus den Trinksitten reisst und ihn zum Anhänger der Enthaltsamkeitsbestrebungen macht.

6. Zu diesem Zwecke genügt in Ausnahmefällen ärztliche Aufklärung und Beseitigung der Gelegenheit zum Trinken für kurze Zeit. In den meisten Fällen ist eine mühsame Erziehung des Alkoholikers zur rückhaltlosen Hingabe an die Idee der Totalenthaltsamkeit durch Wort und Beispiel in abstinenter Umgebung nöthig, die viele Monate erfordern kann.

7. Die diesem Zweck dienenden Heilanstalten müssen unter dem Zeichen der Totalenthaltsamkeit und zwar bis ins kleinste hineinstehen.

8. Die Alkoholentziehung soll sofort eine völlige sein. Das Vorkommen von Abstinenzdelirien ist mindestens zweifelhaft.

9. Dem früheren Trinker soll Anschluss an eine Enthaltsamkeitsvereinigung verschafft werden.

10. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass die Trinksitten den abstinenten Intoleranten am meisten gefährden, ist es ärztliche Pflicht, die Vereinigungen zu unterstützen, die sich die Bekämpfung der Trinksitten zur Aufgabe gemacht haben. —

2. Horstmann-Treptow: Zur Geistesstörung bei Polyneuritis.

H. berichtet über zwei Fälle von Korsakow-Psychose, die in der Lauenburger Anstalt zur Beobachtung kamen. Fall I betrifft ein 20jähriges belastetes jüdisches Mädchen, welches in der Kneipe der Eltern bediente, dabei die Nächte getanzt und viel Obstwein getrunken hatte. Vorstadium im Sommer 1899: Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Mattigkeit. Vom August 1899 bis Sept. 1900 in der Anstalt. Typische Gedächtnissstörung mit Pseudoreminiscenzen. Vorübergehende Lähmung der unteren Extremitäten. Später allgemeine geistige Schwäche. Fall II: 42jähriger, hereditär belasteter Arzt, potator strenuus, der bereits zweimal Delirium tremens durchgemacht hatte, auch mit Lues inficirt gewesen war, erkrankte, nachdem er einmal 5—6 Flaschen Rothwein in einer Sitzung ausgetrunken hatte. Delirantes Vorstadium, dann während 4jähriger Beobachtung in der Anstalt typisches Verhalten in Bezug auf Gedächtnissstörungen, Pseudoreminiscenzen. Peronei beiderseits druckempfindlich, Pa.-reflexe fehlen, Gehen und Stehen ohne Unterstützung unmöglich. Im Sommer 1897 trat ein eigenthümlicher Erregungszustand auf, an paralytisches Grössendelirium erinnernd. Pat. sprach viel, brüstete sich mit seinen grossen Muskelkräften, prahlte mit fabelhaften Seereisen, wollte Millionen verdient haben u. s. w. Dauer dieses Zustandes 1 1/2 Tage. Gleich darauf war die Erinnerung an diese Rennommisterien verloren gegangen. Später sah Pat. oft ödematös aus, zeigte gesunkene Herzthätigkeit, Urin stets eiweissfrei, aber von 1899 ab zuckerhaltig (bis zu 3 %). — Die Heredität scheint bei der polyneurit. Psychose insofern eine Rolle zu spielen, als ein excessiver Abusus sprirituosorum sich vorzugsweise bei psych. belasteten Personen findet.

H. erwähnt, dass Fälle von Korsakow-Psychose in Pommern selten vorzukommen scheinen, obgleich der Verbrauch alkohol. Getränke hier ein grosser ist. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass nicht alle Fälle zur Kenntniss der Irrenärzte und in die Anstalten kommen.

Knecht-Ueckermünde hat die in Rede stehende Psychose in seiner Anstalt öfter beobachtet, einmal bei Alkoholikern, ferner bei einer Puerpera.

Westphal-Greifswald hat in einem Jahre in Greifswald keine Korsakow-Psychose gesehen, wohl aber bei einigen alten Frauen ähnliche Symptome beobachtet, ohne dass Alkoholmissbrauch aetiologisch



vorlag. Das Vorkommen von intercurrenten deliranten Phasen, wie Horstmann sie beobachtet habe, sei beachtenswerth.

3. Siemens-Lauenburg: Ueber Inhalt und Form der zu druckenden Anstalts-Jahresberichte (erschien in Nr. 20 der Psych. Wochenschrift). Hierzu bemerkt

Knecht: Ich stimme mit dem Herrn Berichterstatter vollkommen darin überein, dass jährliche Berichte aus mittelgrossen Anstalten sich nicht lohnen. Sie werden nur ein beschränktes statistisches Material bringen können u. diesem fehlt die allgemeine Verwendbarkeit, da es zu kleine Zahlen umfasst. Wo aber jährliche Berichte gewünscht werden, halte ich deren Ausgabe von seiten der oberen Verwaltungsbehörde unter der Voraussetzung, dass sie sämmtliche Anstalten des Verwaltungsbezirks begreifen, für zweckmässig. Individualberichte der einzelnen Anstalten werden mit Vortheil eine längere Reihe von Jahren umfassen. Sie können dann auf die Wandlungen eingehen, die die Anschauungen über Wesen und Behandlung der Kranken in längeren Zeiträumen erfahren haben, und über diese sich kritisch aussprechen. Selbst statistische Mittheilungen gewinnen bei der Behandlung längerer Zeiträume einen grösseren Werth. Die Stellung der zu behandelnden Frage durch den Verein deutscher Irrenärzte würde meines Erachtens sehr dankbar zu begrüssen sein.

Mercklin: stimmt bei. Auch für die Treptower Anstalt sollen Berichte erscheinen, welche mehrere Jahre zusammenfassen.

4. Mercklin, Treptow. Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung.

Der Bau der Anstalt zu Treptow ist genau nach dem bereits 1896 festgelegten Programm ausgeführt worden. Entsprechend den damals an den meisten Provinzialanstalten noch herrschenden Anschauungen wurde eine im Ganzen reichliche Anlage von Isolierräumen verschiedener Art für nothwendig gehalten. Es wurde für die hiesige Anstalt, zu deren Aufnahmegebiet die Stadt Stettin gehört, ein besonders starker Zustrom schwieriger Kranker mit gewaltthätigen, verbrecherischen Neigungen erwartet. Werden alle Arten von Isolierzimmern zusammengerechnet (es sind auch grössere mit 2 Fenstern vorhanden), so ist auf je 11,5 Kranke ein Isolierraum vorhanden. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass Isolierräume in zu grosser Zahl vorgesehen werden. Sie sollen in ihrer Ausstattung zum grössten Theil in gewöhnliche Einzelzimmer verwandelt werden.

Bei der Eröffnung der Anstalt (Febr. 1900) wurden Isolierungen nur selten und vorübergehend angewendet. Seit Beginn des Jahres 1901 wurde den Abtheilungsärzten zur Pflicht gemacht, jede Zellenisolierung in ein vorgedrucktes Formular einzutragen (Begründung, Dauer). In den ärztlichen Conferenzen wurde dann jede derartige Verordnung auf ihre Nothwendigkeit hin nachgeprüft. Seit Anfang Mai d. J. ist grundsätzlich von jeder Zellenisolierung am Tage Abstand genommen worden. In der Nacht wird noch in vereinzelten Fällen, besonders auf der Frauenseite, von der Isolierung Gebrauch gemacht, jedoch sind dies „akustische Isolierungen". Kranke, welche Neigung zum Zerstören, Reissen, Schmieren zeigen, sind auch nachts grundsätzlich von der Isolierung ausgeschlossen und verbleiben im Wachsaal. Das Zahlenverhältniss des Pflegepersonals zu den Kranken ist etatsmässig 1:7, besonderes Nachtpersonal ist noch nicht vorhanden.

Mit Hinweis auf die ausführlichen Erörterungen von Rieger, Wattenberg, Heilbronner, Kalmus, Bresler u. a. will M. zur Einleitung einer Discussion nur kurz seinen Standpunkt zur sog. zellenlosen Behandlung darlegen. Die erste, sich hier ergebende Frage, ob eine vollständig zellenlose Behandlung anzustreben ist, muss durchaus bejaht werden. Aesthetische, humane und medizinische Gründe drängen dazu hin. Seit Jahren sind wir gewohnt, in der Isolierung des Kranken in der verschlossenen Zelle kein Heilmittel, sondern einen Nothbehelf, eine mehr administrative Maassregel zu sehen, deren Anwendung uns stets peinliche, unästhetische Empfindungen erweckt hat. Von dem Personal werden die Isolierungen schliesslich doch als Bestrafungen angesehen und arbeiten einer humanen Ausübung des Pflegerberufs entgegen. Endlich ergiebt eine eingehende Prüfung die Erfahrung, dass Alles, was durch die Isolierung in medizinischer Richtung erreicht wird, sich auch durch andere Mittel bewirken lässt (Bettbehandlung, Bäder, Arzneimittel, Separierung).

Die zweite Frage ist, ob sich die zellenlose Behandlung in allen Fällen durchführen lässt. Hier muss zunächst hervorgehoben werden, dass es keine psychische Krankheitsform, kein Symptom giebt, welches an sich die Zellenisolierung fordert, dem nicht auch in anderer Weise begegnet werden könnte. Dass die gefürchteten Epileptiker durch die Bettbehandlung sehr günstig beeinflusst werden, ist allgemein bekannt. Schwierigkeiten — aber nicht unüberwindliche — ergeben sich öfters bei circulären Fällen, besonders solchen, die früher auf der Höhe des manischen Zustandes isoliert waren. — Nun haben wir in unseren Kranken stets die Psychose und die individuellen Anlagen vor uns und es giebt Individuen, die derartig gewaltthätige, verbrecherische Neigungen und Absichten zeigen, dass wir sie zeitweilig einschliessen müssen. Wir haben zur Zeit keinen derartigen Kranken hier, ich erinnere mich aber eines Mannes aus der Lauenburger Anstalt, dessen homicidale Absichten so ernste waren, dass ich auch jetzt seine Einschliessung befürworten würde. — Die zellenlose Behandlung ist also, von gewissen verbrecherischen Kranken abgesehen, durchführbar, sie setzt aber einige Vorbedingungen voraus. Ihrer Durchführbarkeit sehr hinderlich ist die Ueberfüllung der Anstalt, weil diese die Separierung erschwert bezw. unmöglich macht. Nothwendig erscheinen gut eingerichtete Wachsäle, reichliche und ansprechende Bäderanlagen, Einzelzimmer in genügender Menge, und vor Allem ein genügend zahlreiches und gut erzogenes Pflegepersonal. Deshalb ist auch die radicale Durchführung der zellenlosen Behandlung eine Personal- und eine Geldfrage. Wir haben hier



noch vereinzelte nächtliche Isolierungen aus akustischen Gründen vorgenommen, mit Rücksicht darauf, dass unser auch durch Werkstattarbeit und Feldarbeiten in Anspruch genommenes Pflegepersonal nur für den in den wichtigsten Wachsälen nothwendigen allnächtlichen Wachdienst herangezogen werden kann. Alle diese nächtlichen Isolierungen bezogen sich auf chronische Kranke. Eine Inhumanität kann ich darin nicht erblicken, dass diese hinreichend gut gebettet einmal eingeschlossen schlafen. Zerstörende und unsaubere Kranke sind von dieser Isolierung ausgeschlossen. Hier wird Alles, was am Tage durch Aufsicht und Pflege gewonnen ist, durch nächtliches Einschliessen wieder verloren gehen.

Es ergiebt sich schliesslich noch die Frage, ob wir bereits zellenlose Anstaltsbauten wagen dürfen. M. glaubt diese Frage verneinen zu müssen. Die Anzahl der festen Isolierzimmer kann bedeutend herabgesetzt werden, mit Rücksicht auf einzelne zur Aufnahme kommende verbrecherische Kranke sind einzelne derartige Räume nicht zu entbehren. Bei den neuesten Anstaltsbauten (Lüneburg, Kgl. Charité-Berlin) scheint dieser Standpunkt getheilt worden zu sein. (Autoreferat).

Wattenberg: M. H. Ich glaube, wir können dem Vorstande des Vereins Nordostdeutscher Irrenärzte nur dankbar sein, dass er diese Frage auf die Tagesordnung der heutigen Versammlung gesetzt hat. Hat er doch damit zu verstehen gegeben, dass er die Bedeutung derselben in ihrem ganzen Umfange erkannt hat und nicht die Ansicht derer theilt, die da meinen, dass diese Frage oft und gründlich genug besprochen sei.

Es ist das erste Mal, dass sie in einer Versammlung Deutscher Irrenärzte zur Discussion steht und kann es im Interesse der Sache nur wünschenswerth erscheinen, wenn sie möglichst sine ira et studio behandelt wird.

Sie ist in der letzten Zeit in der Fachpresse von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachtet worden*), **), ***), †), ††), †††), *†), **†), gestatten Sie mir heute ein paar allgemeine Bemerkungen zu derselben.

M. H. Für die grosse Mehrzahl der fortgeschrittenen Anhänger der freien Behandlung — von der die sogenannte Bettbehandlung nur ein Glied bildet — bleibt immer noch eine kleine Anzahl von unruhigen Kranken übrig, derentwegen man die Tobzelle noch nicht ganz entbehren zu können glaubt.

Die historische Entwickelung der Psychiatrie, die Thatsache, dass mehrere Anstalten seit Jahren völlig mit der Tobzelle gebrochen haben, ist für sie nicht beweisend genug für die Richtigkeit der Idee. Doch scheint man jetzt mehr und mehr davon abzukommen, ihre Benutzung als therapeutischen Factor aufzufassen, sie vielmehr lediglich als polizeiliche Maassnahme hinzustellen ***†). Sie würde damit nichts anderes bedeuten als eine Bankerotterklärung unseres ärztlichen Könnens *).

Ich kann mir nun, rein theoretisch gedacht, nicht vorstellen, dass es einen Krankheitsprocess geben könnte, vor dem das Wissen und Streben des Arztes ohne weiteres Halt machen, der ihn zu der Erklärung zwingen müsste, diesem Feind der menschlichen Gesellschaft jetzt und für alle Zukunft nicht anders beikommen zu können, als durch das bequeme Mittel gewaltsamer Ausschliessung. Ich meine, wir sollten aus der geschichtlichen Entwickelung der Behandlung anderer gefährlicher Krankheiten lernen. Die Zeiten, wo man vor ansteckenden Krankheiten, wie Cholera, Syphilis, Blattern, Aussatz, Pest etc. die Flucht ergriff, und wo man die Kranken ein- oder aussperrte und ihrem Schicksal überliess, sind in allen Culturstaaten glücklicherweise längst vorüber. Man suchte den Ursachen und dem Wesen der Krankheiten auf den Grund zu kommen und bemühte sich nach Feststellung dieser mit Erfolg um Mittel zur Bekämpfung.

So ist m. E. auch die lückenlose Beobachtung unserer Kranken unerlässliches Erforderniss für Diagnose und Therapie.

Man sollte auch bei uns wenigstens sagen: Wir halten die Erreichung dieses Ziels wohl für möglich, aber die Vorbedingungen dazu sind z. Zt. noch nicht überall gegeben, statt resignirt zu erklären: Hier ist unserem ärztlichen Wollen und Können eine unüberwindliche Schranke gesetzt.

So schöne Erfolge wir auch schon aufzuweisen haben, so meine ich doch, dass wir uns erst in den Anfangsstadien der psychischen Therapie befinden. Ich möchte sagen, die Beseitigung der Tobzelle ist erst die conditio sine qua non aller weiteren therapeutischen Fortschritte und sie ist nach unseren Erfahrungen in allen Fällen erfolgreich durchführbar. Es wäre doch traurig, wenn wir sagen wollten, hier ist unserem ärztlichen Können ein Riegel vorgeschoben. Wir wären dann ja jetzt nach dieser Richtung hin auf der Höhe unseres ärztlichen Könnens bei den Geisteskrankheiten angelangt, unsere gesammte Therapie wäre gar nicht mehr entwickelungsfähig, während ich meine, dass wir uns erst in den Anfängen erfolgreichen ärztlichen Handelns befinden. Warum sollen wir bei der Gedankenwelt der 70er und 80er Jahre stehen bleiben? Ist es nicht die Pflicht unserer Generation, diese Gedanken weiter zu fördern und einer neuen Zeit auch neue Ziele zu geben, zumal sie doch nichts Anderes sind, als die Fortführung der Ideen eines Pinel, Conolly, Griesinger, Ludwig Meyer u. a.?!

Ich meine, die bisherige Geschichte der Psychiatrie fordert die Abschaffung der Tobzelle, und sie wird fallen, dess bin ich gewiss.

Was nun die Schwierigkeiten anlangt, die der Verwirklichung der Idee entgegenstehen, so sind das einmal lokale und zweitens individuell ärztliche.

Es ist nicht einerlei, ob ein Arzt auf 100 Kranke

*) Jolly, Archiv f. Psychiatrie Bd. 34, pg. 694.

**) Neisser, Bettbehandlung der akuten Psychosen. Refer. erstattet auf dem 13. Internat. Medicin. Congress in Paris 1900.

***) Wizel, Le traitement des aliénés. 1901.

†) Kräpelin, Lehrbuch.

††) Hoppe, Allg Zeitschr. f. Psych. Bd. 54, pg. 910.

†††) Kalmus, Praxis d. zellenlosen Behandlung. 1901.

*†) Bressler, Psychiatr. Wochenschrift. 1900 Nr. 10.

**†) Arndt, Centralbl. f. Nervenkrankh. Mai 1901. Referat.

***†) Neisser, l. c.

*) Kalmus, l. c.



kommt, oder auf 300 und 400, ob ein Pfleger auf 6 Kranke oder auf 10 und 12. Es ist nicht dasselbe, ob eine Anstalt eine private oder staatliche, ob eine reine Pflegeanstalt oder eine Heil- und Pflegeanstalt oder eine Universitätsklinik ist, ob sie nur 1 Klasse von Kranken aufnimmt oder 4 und 5, ob sie 20 Aufnahmen im Jahre hat, oder 500 und mehr etc.

Das sind aber alles rein äusserliche Fragen, die ihre Lösung mit der Zeit finden werden, sobald nur erst einmal der Wille da ist, sobald nur erst die Erkenntniss sich durchgerungen hat, dass die Idee als solche richtig ist.

Weit schwieriger und weit bedeutsamer ist m. E. der zweite Punkt, auf den bisher vielleicht noch nicht das Gewicht gelegt ist, auf das er Anspruch erheben muss, es ist die Individualität des Arztes.

Wer die Thätigkeit des Irrenarztes lediglich als einen Broterwerb auffasst, wer sich entschliesst, Irrenarzt zu werden in dem Gedanken, damit die Anwartschaft auf eine Sinecure zu bekommen, wen nicht die innere Ueberzeugung zu diesem hohen Beruf treibt, der verzichte darauf, Psychiater zu werden. Wenn überhaupt irgendwo, so ist hier ein ganzer Mensch vonnöthen, der Kopf und Herz auf dem rechten Fleck hat.

Strenge Selbstzucht der Aerzte kann allein die Zucht der Untergebenen schaffen. Gründliche Sachkenntniss, Wahrheit, nicht Schein, Thaten, nicht Worte, ein entschlossener Wille, eine starke Hand und ein warmes Herz, das sind die Dinge, ohne die dem Irrenarzt die Hände gelähmt sind.

Es beweist, dass ein Theil unserer Therapie sich nicht in starre Gesetzesformeln kleiden lässt, sondern dass auch hier oftmals Gefühl Alles ist.

Neben wissenschaftlich Erforschtem und empirischen Thatsachen, neben historisch Gewordenem stützt sich unser Wissen und Handeln in allen bedeutsamen Lebensfragen auf die Erfahrungen, die wir dem tiefsten Innern unseres Ich gegenüber machen und ansammeln. Wer also hier vergeblich schöpft, der taugt nicht zum Psychiater, der wird dauernd das Gefühl des Unbefriedigtseins behalten, der wird auch nie von alten ethischen Erkenntnissen zu neuen gelangen. —

Was die Bemerkungen des Herrn Mercklin angeht, so freue ich mich, konstatieren zu können, dass er — anscheinend unbewusst — ganz auf demselben Standpunkte sich befindet, wie die Vertreter der völligen Beseitigung der Tobzelle. Wir haben es heute bei der Besichtigung der Anstalt gesehen und haben es eben aus seinem eigenen Munde gehört, dass er nicht mehr im alten Sinne des Wortes isoliert, d. h. in der Tobzelle einsperrt. Wenn er die Tobzellen benutzt, so geschieht es nur aus akustischen Rücksichten. Er sagt ausdrücklich: „In der Nacht wird noch in vereinzelten Fällen, besonders auf der Frauenseite von der Isolierung Gebrauch gemacht, jedoch sind dies akustische Isolierungen. Kranke, welche Neigung zur Unsauberkeit, zum Zerstören, Reissen, Schmieren zeigen, sind auch nachts grundsätzlich von der Isolirung ausgeschlossen und verbleiben im Wachsaal." Wenn er dann an anderer Stelle sagt: „Eine Inhumanität kann ich darin nicht erblicken, dass diese (laute, chronisch Kranke) hinreichend gut gebettet, einmal eingeschlossen schlafen", so stimmt er da völlig mit unserer Ansicht überein; das ist dann aber kein Isoliren, sondern Separieren. (Autoreferat.)

Siemens: Den maassvollen Ausführungen des Vorsitzenden hatte ich nichts hinzuzufügen und widerspreche ihnen in keiner Weise. Im Hinblick auf die Worte des Herrn Collegen Wattenberg möchte ich aber doch das Wort ergreifen und vor den Superlativen warnen, auch kann ich die ethischen Declamationen als berechtigt nicht anerkennen. Wir alle stehen der Aufgabe der Behandlung ohne Isolirung durchaus sympathisch gegenüber und sind alle bestrebt, ohne Zelle auszukommen, soweit es aus zwingenden Gründen und Rücksichten auf Personal und Kranke und aus pekuniären Gründen möglich ist. Wie Mercklin richtig gesagt hat, ist es vorwiegend eine Geldfrage, und es ist eine Geldfrage von grosser Tragweite. Dass wir jetzt unsern armen Provinzen, welche unter der Steuerlast seufzen, diese hohen Mehrkosten sofort aufladen dürfen, glaube ich nicht.

Wir sind alle bestrebt, ohne Zelle auszukommen, und mancher Tag vergeht, ohne dass Jemand darin ist. Ich kann jedoch nicht finden, dass es ein Unrecht ist, einen Kranken, der entweder durch aggressive und homicidiale Tendenzen oder durch aussergewöhnlichen Lärm die Gesundheit und die Ruhe der Mitkranken und des Personals schwer schädigt, von den anderen abzusondern auch gegen seinen Willen.

Wenn ein Schwindsüchtiger in einem Hospital unvorsichtig mit seinem Auswurf umgeht oder ein andrer Kranker durch Lärm u. s. w. die andern schädigt, legt man ihn auch allein und schliesst ihn eventuell ein. In diesem Verfahren eine Bankerotterklärung des ärzlichen Könnens zu sehen, ist eine ungerechtfertigte Annahme. Der Unterschied zwischen separiren und isoliren liegt zum Theil nur in den Worten. Es ist für manchen aufgeregten und an Verfolgungswahn leidenden Kranken, der sich vom Arzt ungerechtfertigter Weise geschädigt und widerrechtlich eingesperrt glaubt, gar nicht gut, dass er den Arzt fortwährend sieht, da ihn der Anblick seines vermeintlichen Verfolgers oft nur reizt und zur Gewaltthätigkeit verleitet. Und es ist doch unvermeidlich, dass wir solche Kranke gegen ihren Willen in der Anstalt zurückhalten.

Wattenberg gestattet für geisteskranke Verbrecher ausdrücklich die Isolirung. Aber ob jemand „verbrecherisch" wird, ist doch oft lediglich Zufall: wenn er die That vor der Einlieferung in die Anstalt beging und vor der Erkennung seines krankhaften Zustandes, so heisst er Verbrecher, während er nun ein Irrer ist, sobald die verbrecherischen Tendenzen sich erst in der Anstalt zeigen.

Ich muss auch bestreiten, dass 90% der Unglücksfälle und Selbstmorde sich in der Isolirzelle ereignen, das ist in jetziger Zeit und seit 20 Jahren sicher nicht der Fall. Im Gegentheil ereignen sich die meisten Unglücksfälle in Folge der freien Behandlung, bei der Arbeit, im landwirthschaftlichen und Werkstätten-Betrieb und bei Spaziergängen. Durch



die freie Behandlung haben wir Irrenärzte, die wir unsere Aemter wohl nicht als Sinecuren betrachten, eine ungeheure Verantwortung übernommen und sind uns dieser wohl bewusst. —

Ich glaube sicher, dass wir mit der Zeit dazu kommen werden, die Isolirung zu entbehren. Dazu gehört aber ein sehr zahlreiches Personal, viele geeignete kleinere Räume, kurz ein ganz erheblicher Kostenaufwand, auch die Ueberfüllung der Anstalten und die hohe Aufnahmeziffer ist hinderlich. Aber allmählich werden wir es wohl erreichen, denn Jeder von uns ist schon lange bestrebt, die Zwangsisolirung zu vermeiden.

Wattenberg: Wenn Herr Siemens sagt, wir Alle ständen der Aufgabe der Behandlung ohne Isolierung durchaus sympathisch gegenüber und seien Alle bestrebt, ohne Zelle auszukommen, so glaube ich doch, dass diese Ansicht nicht den thatsächlichen Verhältnissen entspricht, dann würde es kaum nöthig sein heute über diese Frage zu diskutieren. Eine Rundreise in Deutschland, ein Blick in die Anstaltsberichte der letzten 10 Jahre würde ihn eines Besseren belehren.

Ich muss es in Abrede stellen, dass für unsere „armen Provinzen, welche unter der Steuerlast seufzen", erhebliche Mehrkosten entstehen. Schon 1895 *) konnte ich feststellen, dass unter regulären Verhältnissen keine nennenswerthen Mehrkosten durch Aufhebung der Tobzellen hervorgerufen werden. Diese Beobachtung hat sich seitdem bestätigt. Keine neuen Anstalten brauchen an Stelle der alten errichtet zu werden, man hat die vorhandenen alten nur der veränderten Behandlungsmethode anzupassen durch Bau von zweckmässig eingerichteten Wachsälen, Badeeinrichtungen, Einzelzimmern, genügend Aerzte und genügend Wartepersonal. Sind nach dieser Richtung hin Lücken vorhanden, so scheint es mir Pflicht des Arztes zu sein, deren Beseitigung zu erstreben und durchzusetzen. Wenn aber neue Anstalten gebaut werden, dann müssen in ihnen von vornherein die Tobzellen in Wegfall kommen, eine Auffassung, die auch Arndt **) mit aller Bestimmtheit vertritt.

Den Fall, dass man in einem anderen Hospital einen Schwindsüchtigen, der unvorsichtig mit seinem Auswurf umgeht, einschliesst und ihn à la Tobzelle dort sich selbst überlässt, kann ich mir nicht wohl vorstellen.

Dass zwischen „Separieren" (bezw. Alleinlegen) und „Isoliren" (bezw. in der Tobzelle unterbringen) grundlegende Unterschiede bestehen, die sich nie verwischen dürfen, ist schon wiederholt hervorgehoben worden, cf. Scholz ***), Wattenberg †), Kalmus ††).

Dass für geisteskranke Verbrecher, (nicht für verbrecherische Geisteskranke), in anderer Weise, — sei es nun durch Adnexe an Strafanstalten, sei es durch besondere Anstalten — gesorgt werden muss, ist ein Standpunkt, den ich mit vielen hervorragenden Irrenärzten theile.

*) Zeitschr. f. Psych. Bd. 52. S. 928.
**) Centralbl. l. c.
***) Zeitschrift für Psych. Bd. 45. pg. 241.
†) l. c.
††) l. c.

Dass von allen schweren Unglücksfällen (Erstickung, Erhängung, Erdrosselung, Selbstverstümmelung, schwere Verletzung, Brand etc.) sich über 90 % in der Tobzelle ereignen und nicht als eine „Folge der freien Behandlung" anzusehen sind, lehrt eine Statistik der Anstaltsberichte aus den letzten 10 Jahren.

Im Uebrigen freue ich mich, dass Herr Siemens am Schlusse seiner Ausführungen doch bekennen muss, dass er sicher glaubt, dass wir mit der Zeit „dazu kommen werden, die Isolirung zu entbehren". Ich hoffe und glaube annehmen zu dürfen, dass für ihn dieser Zeitpunkt nicht allzufern liegt, obwohl er Bestrebungen zur Durchführung der „zellenlosen Behandlung", die Jolly *) erst kürzlich als das „für das neue Jahrhundert ausgegebene Stichwort" auf dem Gebiete der praktischen Psychiatrie bezeichnet hat, für „ethische Deklamationen" erklärt. (Autoreferat.)

(Nach Durchsicht des Bürstenabzugs von der vorstehenden Auslassung Wattenberg's bin ich veranlasst, zu betonen, dass es mir völlig fern lag, die Bestrebungen zur Durchführung der „zellenlosen Behandlung" für ethische Declamationen zu erklären. Jeder, der meine Entgegnung aufmerksam liest, findet, dass mit „ethischen Declamationen" die Ausführungen Wattenberg's gemeint sind, welche er über „die Individualität des Arztes" gemacht hat. Sie nahmen sich seltsam aus von einem jüngeren Collegen gegenüber den älteren, welche im Dienste der Irrenpflege lange gearbeitet haben, zum Theil unter sehr schwierigen Verhältnissen. Ich bezweifle, dass Wattenberg nach seiner Vorbildung, und seinen Verdiensten (von den mit solch starkem Aufwand von Druckerschwärze in Bewegung gesetzten Bestrebungen für zellenlose Behandlung abgesehen) berechtigt war, uns gegenüber mit erhobener Stimme zu sprechen von „Thätigkeit lediglich zum Broterwerb", von „Sinecure", von der „Nothwendigkeit strenger Selbstzucht" u. s. w. — Es ist auch unüberlegt, zu verlangen, dass wir nun mit einem Schlage unsre vielen Aufnahmen sistiren, die geisteskranken Verbrecher zurückweisen, das Wart-Personal auf 1:5 vermehren und unsere Anstalten umbauen sollen. Das und Anderes kann doch nur allmählich geschehen. Bis dahin muss es genügen, dass wir erklären und uns bemühen, dass die Zellenisolirung vermieden wird, soviel dies möglich ist.

Die gewaltsame längere Festhaltung im Bade, die zwangsweise Einpackung in feuchte Laken und die Chloroformirung der aufgeregten Kranken als Ersatz der Isolirung halte ich für Zwangsmaassregeln, von denen ich keinen Gebrauch machen werde.

Siemens.)

Mercklin erklärt im Schlusswort, dass er bezüglich der Unglücksfälle es ebenfalls nicht für richtig halte, die Isolirungen der letzten 10 Jahre als gleichwerthig zusammenzufassen. In den letzten Jahren wird schon seltener isolirt. Als Ergebniss der Diskussion ist festzustellen, dass in der Sache selbst, d. h. in dem Bestreben die Zellenisolirungen zu beseitigen, Uebereinstimmung herrscht.

Tomaschny-Treptow,
z. Zt. Schriftführer.

*) l. c.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 26. 21. September. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Errichtung einer vierten öffentlichen Irrenanstalt in der Provinz Posen.

Von Landesrath *Nötel*, Posen.

(Schluss.)

A. 5. Gebäude für 30 gefährlich unruhige Männer.*)

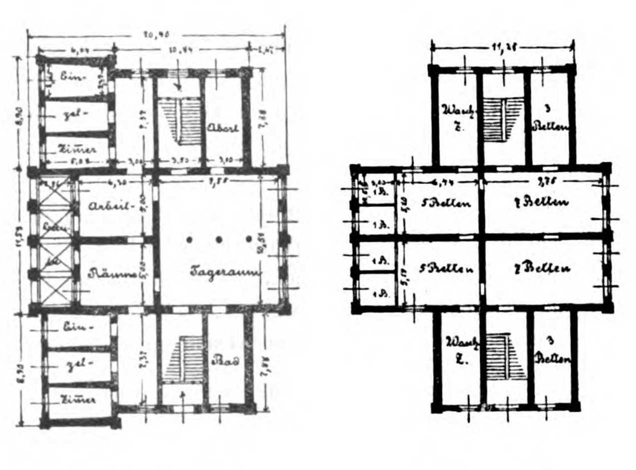
Auch hier vertheilen sich die Wohn- und Schlafräume nach Erd- und Obergeschoss. Das Erdgeschoss enthält im Mittelbau einen grösseren Saal als Tageraum und zwei kleinere Arbeitsräume, von denen aus die Laube und der mit massiver Mauer umfriedigte Garten zu erreichen sind. Seitlich befinden sich Abort und Bad. Zwei beiderseitig angeschlossene, eingeschossige Anbauten enthalten, durch einen Schallkorridor von den Wohnräumen getrennt, je drei Einzelzimmer, in denen die keilförmige Gestalt durch Verdickung der Seitenwände nach der Thürwand zu erzielt wird. Im Obergeschosse sind ausser zwei Waschzimmern vier kleine Schlafräume für je einen Kranken sowie je zwei Schlafzimmer zu 3, 5 und 7 Betten angeordnet. Alle Fenster werden vergittert. Der Mittelbau wird unterkellert.

Für das Gebäude ist eine möglichst geschlossene und centrale Grundrissgestaltung angestrebt worden, damit die Ueberwachung erleichtert wird und das Vorkommen von Gewaltthätigkeiten, Unglücksfällen und Fluchtversuchen verhütet werden kann.

*) Siehe die Zeichnung 6.

B. 1. und 2. Abtheilung für Ruhige.*)

In jedem Gebäude sollen 50 ruhige, arbeitsfähige Kranke mit ihrem Wärterpersonale Wohnung finden.



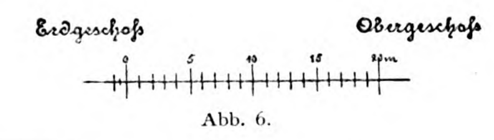


Abb. 6.

*) Siehe die Zeichnung 7.



Das Erdgeschoss bietet mit sechs nicht zu gross bemessenen Zimmern, welche zusammen für die Person etwa 4 qm Bodenfläche aufweisen, wohnliche Gelegenheit zum Tagesaufenthalt; ausserdem sind daselbst Aborte, ein Einzelzimmer und eine Spülküche vorgesehen. Das Obergeschoss enthält ausser einem geräumigen Waschzimmer nur Schlafräume von verschiedener Grösse, in denen der Luftraum für das Bett mit 20 cbm berechnet ist. Der Fussboden besteht aus gewöhnlicher Dielung, die Fenster sind nicht vergittert, die Thüren werden nur bei Nacht geschlossen. Lauben und offene Hallen ermöglichen das Sitzen in freier Luft. Im Kellergeschosse sollen Vorrathsräume und ein grösserer Raum für Brausebäder angelegt werden.

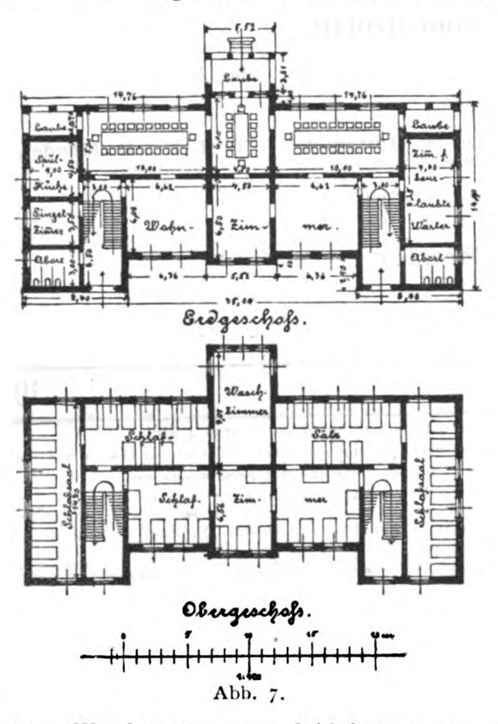


Abb. 7.

Im Erdgeschosse befindet sich noch ein Zimmer, in welchem Wärter bezw. Wärterinnen sich in ihren Freistunden aufhalten können. Es soll ihnen dadurch Gelegenheit gegeben werden, sich auszuruhen oder zu beschäftigen, ohne die Anstalt zu verlassen.

B. 3. Doppelwohnhäuser für verheirathete Wärter.

Es werden vorläufig sechs derartige Gebäude erbaut werden. Jedes Haus enthält zwei Wohnungen für Wärterfamilien, in denen je drei ruhige Kranke zur Pflege untergebracht werden sollen. Jede einzelne Wohnung hat im Erdgeschoss eine Küche, zwei heizbare Stuben und eine Kammer und im ausgebauten Dachgeschosse noch eine heizbare Stube, eine Kammer, einen Bodenraum und eine kleine Räucherkammer. Nur die Küche ist unterkellert. Die Aborte befinden sich auf dem Hofe. Die Häuser werden in ländlicher Bauart errichtet und zu einer Gruppe vereinigt.

C. 1. Verwaltungsgebäude mit Pförtnerwohnung.*)

Das Gebäude wird in der Axe der Zufahrtstrasse zur Anstalt dem Haupteingange gegenüber errichtet. Es besteht aus einem in der Architektur hervorzuhebenden Haupttheile, welcher im oberen Stockwerke den Festsaal mit Nebenräumen aufnehmen soll, und einem seitlich angebauten einfacheren Flügel, welcher vorwiegend Verwaltungsräume enthalten wird. An diesen Flügel wird das später zu besprechende, wieder in selbständiger Bauart ausgebildete Beamtenwohnhaus angegliedert, so dass eine dreitheilig gruppirte Gebäudeanlage entsteht.

Ueber einen Eingangsflur, neben dem auf einer Seite das Pförtnerzimmer, auf der anderen ein als Posthülfsstelle einzurichtender Raum liegt, betritt man eine grössere Flurhalle, von der beiderseits die zum Obergeschosse führenden Treppenhäuser, geradeaus die aus drei Räumen bestehende Apotheke, rechts das Aufnahmezimmer mit Vor- (Warte-) Zimmer und links die in den Flügelbau hineinreichenden Verwaltungsräume zugänglich sind. Als solche sind vorgesehen: ein Direktorzimmer, ein Konferenzzimmer, je ein Raum für den Inspektor und die Kasse und zusammen drei Räume für Sekretariat und Kanzlei. Ausserdem befindet sich daselbst je ein Besuchszimmer für männliche und weibliche Kranke, und ein für die Bücherei der Kranken bestimmtes Zimmer.

Der Hauptbau enthält im ersten Stockwerke den 156 Quadratmeter grossen Festsaal mit den zugehörigen Garderobenräumen, zwei kleinere Nebensäle und getrennte Zugänge für Männer und Frauen. Für Angehörige der Kranken sind über den Nebensälen Bogen vorgesehen. Im Flügelbau folgen sodann ein Zimmer für israelitischen Gottesdienst, zwei Logirzimmer, zwei Zimmer für das Kasino der Aerzte, eine aus zwei Zimmern bestehende Assistenzarztwohnung, ein Raum für die ärztliche Bücherei und eine Spülküche. Für Aborte ist im Gebäude gesorgt.

Im Kellergeschoss befindet sich die Pförtnerwohnung, welche mit dem Dienstzimmer des Pförtners durch eine daselbst mündende Treppe verbunden ist; ferner Keller für die Apotheke und das Kasino, eine Waschküche und Räume für die Heizung. Der Dachboden dient zum Magazin des Hausinspektors.

*) vergl. die Abb. 8.



C. 2. Beamtenwohnhaus.

In dem, wie erwähnt, an den Seitenflügel des Verwaltungsgebäudes angebauten Hause sind vier unter sich gleiche Dienstwohnungen für die Familien des Rendanten, des Sekretärs, des Hausinspektors und eines verheiratheten Oberwärters untergebracht, und zwar sollen Rendant und Sekretär im Erdgeschoss, Hausinspektor und Oberwärter im ersten Stockwerke Wohnung finden. Jede Wohnung besteht aus vier Zimmern, Küche, Speisekammer, Mädchengelass und Abort. Im Dachgeschosse sind noch einige Stuben ausgebaut, von denen zwei für einen unverheiratheten Oberwärter und je eine für zwei Bureauhülfskräfte bestimmt sind. Das Gebäude wird unterkellert, um den Familien Waschküche und Vorrathsräume zu gewähren.

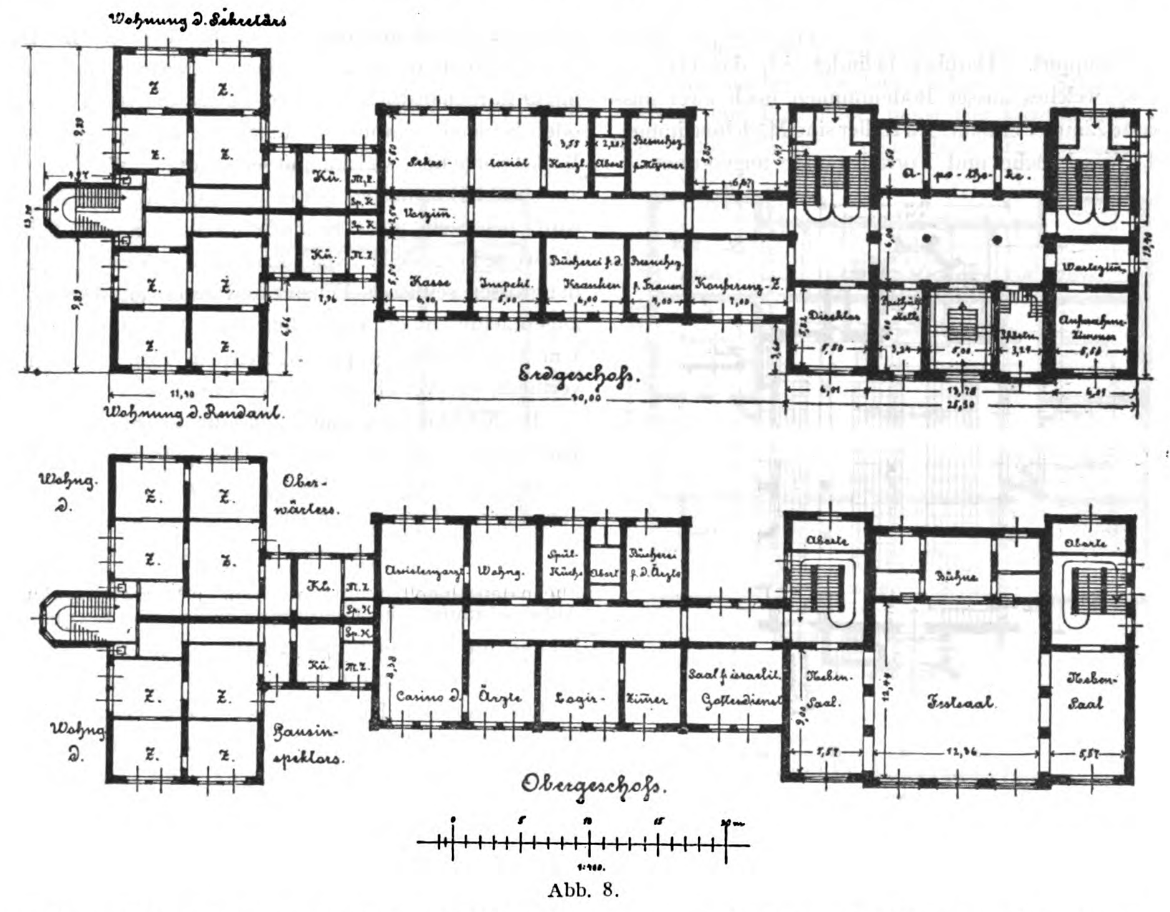


Abb. 8.

C. 3. Anstaltskapelle.*)

Unter Zugrundelegung der Höchstzahl der in der Anstalt zu erreichenden Belegschaft und des zugehörigen Wärterpersonales ist die Anzahl der Sitzplätze für die Kapelle auf 250 berechnet, von denen $^3/_5$ für Frauen und $^2/_5$ für Männer anzuordnen sind. Hieraus ergab sich folgende Grundrissgestaltung: In einem symmetrisch ausgebildeten Hauptschiffe befinden sich links 100 Sitzplätze für Männer, rechts 100 Plätze für Frauen, während die noch übrigen 50 für Frauen bestimmten Plätze in einem rechts angebauten niedrigeren Seitenschiffe untergebracht werden.

Für beide Geschlechter sind getrennte Eingänge mit Windfängen vorhanden. Die Kapelle enthält einen dem evangelischen und katholischen Gottesdienst gemeinsam dienenden Altar, jedoch zwei getrennte, besondere Sakristeien, ferner eine Kanzel, eine Orgelempore mit Sängerbühne, einen Dachreiter mit einer Glocke. Der Fussboden besteht unter den Sitzen aus Dielung, sonst aus Fliesenbelag. Eine Dampfheizung, welche an die Centralheizung angeschlossen wird, besorgt die Erwärmung des Kirchenraumes.

*) vergl. die Abb. 9.

C. 4. Direktorwohnhaus.

Das villenartige Gebäude enthält im Erdgeschosse vier, im Obergeschosse drei Zimmer, welche sich nebst Abort und Bad sämmtlich um ein als wohnliche Diele ausgebildetes geräumiges Treppenhaus gruppiren. Die Küche, mit dem Esszimmer durch einen Speiseaufzug verbunden, liegt im Kellergeschosse, in welchem sich ausserdem noch eine Waschküche, ein Mädchenzimmer

und Vorrathskeller befinden. Nach dem Garten zu ist, an den Salon anschliessend, eine bedeckte Laube angeordnet.

C. 5. Doppelwohnhaus für den zweiten und dritten Arzt.

Das Gebäude besteht aus zwei durch eine Brandmauer getrennten, unter sich gleichen Wohnhäusern. In jeder Wohnung liegen im Erdgeschosse Küche und vier Wohnzimmer um eine als Treppenhaus dienende Diele gruppirt. Darüber befindet sich das Dachgeschoss, welches ausser Bodenräumen noch zwei ausgebaute Zimmer enthält. Im Keller sind Mädchenzimmer, Bad, Waschküche und Vorrathsräume angeordnet.

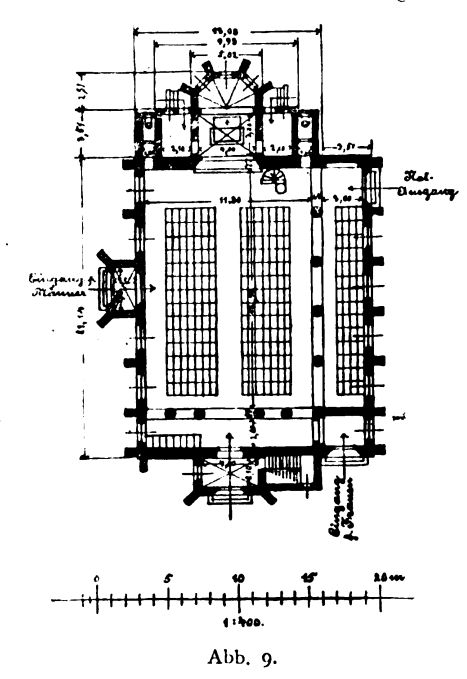


Abb. 9.

C. 6. Wasserthurm.

Der Thurm ist dazu bestimmt, das als Ausgleichereservoir der aus Tiefbrunnen gespeisten Wasserleitung dienende Sammelbecken von 500 cbm Inhalt zu tragen. Um den nöthigen Druck, namentlich für den Fall von Feuerlöschung, ausüben zu können, muss der Boden des Beckens 12 m über Terrain liegen. Durch seine Höhe wird der von allen Punkten der Anstalt sichtbare Thurm geeignet, zugleich als Uhrthurm verwendet zu werden. Es sind deshalb an dem kegelförmigen Thurmdache nach vier Seiten Ausbauten mit je einem Zifferblatte einer dort anzubringenden Thurmuhr vorgesehen.

C. 7. Kochküchengebäude.
C. 8. Wohnhaus für kranke Frauen. *)
C. 9. Waschküchengebäude.

Diese drei Gebäude bilden die zu Wirthschaftszwecken dienende bauliche Anlage. Das Kochküchen- und Waschküchengebäude, welche symmetrisch ausgebildet sind, nehmen das Wohnhaus, in welchem die in beiden Anstalten beschäftigten kranken Frauen wohnen sollen, in die Mitte.

Koch- und Waschküche sind grosse Hallen von je 280 qm Grundfläche und 8 m Höhe. Der Fussboden besteht aus Mettlacher Platten und ist mit dem nöthigen Gefälle und mit Abflussrinnen versehen. Die Wände erhalten bis 2 m Höhe, entweder Cementputz mit Oelfarbenanstrich oder eine Bekleidung mit Terrazzo oder Schiefer; darüber bestehen sie aus glattgefugten Backsteinflächen, welche mit einer dauerhaften Farbe, am besten Emailfarbe, gestrichen werden. Die Decke wird aus Stein nach Kleine'scher oder Koenen'scher Bauweise hergestellt. Reichlichste Lüftung erfolgt durch die grossen seitlichen Fenster und durch an der Decke angebrachte, über Dach führende Aspirationsschlote. Um die Küche gruppiren sich, in zwei Stockwerke vertheilt, die verschiedenen Nebenräume.

Im Kochküchengebäude sind im Erdgeschosse der Küche die für Männer und Frauen getrennten Speiseabgaben vorgelagert. Ferner befinden sich dort ein geräumiges Magazin mit einer Laderampe davor und ein anschliessendes Bureau, von dem aus die aussen davor angeordnete Brückenwaage bedient wird, ein Aufwaschraum, ein Gemüseputzraum, ein Esszimmer Räume für Utensilien und Aborte. Das Obergeschoss enthält Wohnungen für die erste und die zweite Oberköchin und die Küchenmägde. Das Kellergeschoss nimmt in der Mitte die Heizung auf, während nach den Aussenwänden hin, durch starke, mit Luftschichten versehene Mauern abgeschlossen, sich die Keller für Fleisch, Gemüse, Kartoffeln, Milch, Bier und Wein befinden. Die noch übrigen Kellerräume sind zur Unterbringung von Brennmaterialien bestimmt.

Im Waschküchengebäude lagern sich um die grosse Waschhalle die Räume für die nach Geschlechtern getrennten Wäscheannahmen und -Sortirungen, die Roll- und Plätträume, der Raum für den Dampftrocken-Apparat, ein Esszimmer und Aborte. Das Obergeschoss enthält im Wesentlichen nur die Wäschemagazine. Im Keller ist die aus vier Räumen bestehende Desinfektionsanstalt mit Bad und zwei getrennten Eingängen untergebracht.

Zwischen diesen umfangreichen zweistöckigen Gebäuden steht das, eine kleinere Bodenfläche bedeckende, jedoch dreigeschossige Wohnhaus. Es enthält im Erdgeschosse die Wohnungen der ersten und zweiten Oberwäscherin und der Waschmägde. Im ersten Stockwerke liegen die Tageräume, im zweiten die Schlafräume der 50 kranken Frauen, und sind für

*) vergl. die Abb. 10.

erstere 4 qm Bodenfläche, für letztere 20 cbm Luftraum für die Person berechnet. Die Tageräume dienen zugleich als Näh- und Flickstuben. Die Wäsche wird dorthin mittels Aufzuges aus dem Keller gehoben, wohin sie durch einen unterirdischen Verbindungsgang vom Waschküchengebäude geschafft wird. Neben den Tageräumen sind zwei Einzelzimmer vorgesehen. Für die nöthigen Aborte, Kleiderkammern und Waschzimmer ist Sorge getragen. Unterkellert ist nur ein Theil des Gebäudes, da ausser dem Verbindungsgange Kellerräume nur zur Aufnahme der Heizung erforderlich sind.

hof. Die mit Kohlen beladenen Kippwagen können von hier auf Kleinbahnschienen an die Kessel herangerollt, dort entleert und zu einer Seitenthür hinausgefahren werden.

Im Anschluss an das Maschinenhaus wird die Centralbadeanstalt mit Schwimmbassin, jedoch ohne Vorrichtung für irisch-römische Bäder hergestellt.

C. 11. Werkstättengebäude *).

Um einen Arbeitshof gruppirt sind die Werkstätten für Schuhmacher, Tischler, Schneider, Sattler, Anstreicher und Buchbinder nebst vier Lagerräumen und den nöthigen Aborten angeordnet. Im Obergeschosse

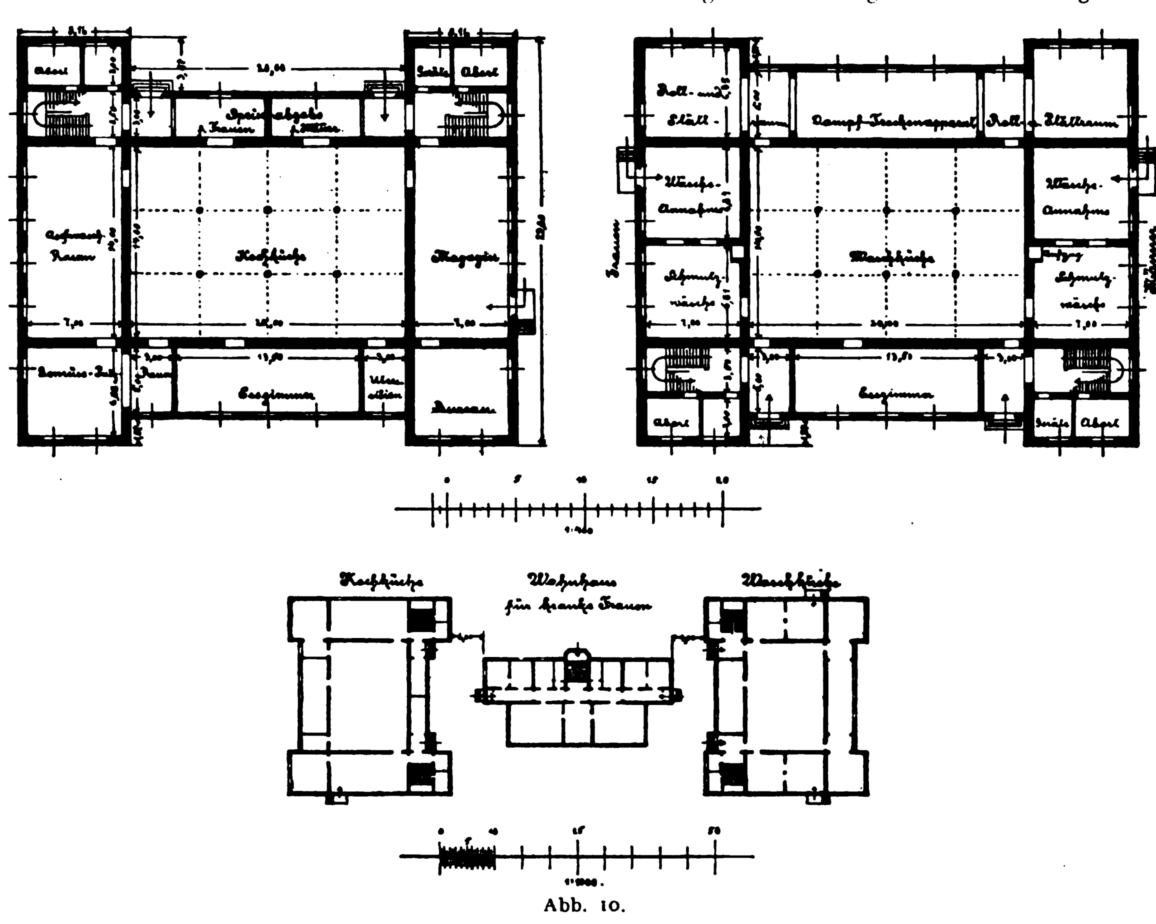


Abb. 10.

C. 10. Maschinengebäude.*)

Das Maschinenhaus enthält einen Raum für Akkumulatoren, eine Halle für Dampfmaschinen, den grossen Kesselraum, sowie die erforderlichen Nebenräume und die Dienstwohnungen des ersten (verheiratheten) und des zweiten (unverheiratheten) Maschinisten. Im Gebäude befindet sich ferner eine grössere Anzahl von Wannen- und Brausebädern für ruhige Kranke und für das Personal. Hinter dem Kesselraume liegt der geräumige, mit einem Holzzaune umschlossene Kohlen-

befinden sich ausser zwei mässig grossen Tageräumen und zwei Waschzimmern, sechs Schlafräume von verschiedenen Abmessungen, welche 34 dort beschäftigte Handwerker und die zugehörigen Wärter mit Berechnung von 20 cbm Luftraum für das Bett aufnehmen können.

C. 12. Eiskeller.

Das Eishaus wird inmitten von Gartenanlagen errichtet. Der Eingang wird von Norden angeordnet.

*) vergl. die Abb. 11.

*) vergl. die Abb. 12.



C. 13. Leichenhaus mit Kapelle.

Auf der der Anstalt zugekehrten Seite des Gebäudes liegt das Sektionszimmer, das mit reichlichen Waschgelegenheiten ausgestattet wird und einen schmiedeeisernen Sezirtisch mit Steinplatte und Wasserspülung enthält. Seitlich befindet sich ein kleineres Arbeitszimmer, ein Raum für Präparate und ein Abort. Nach der Rückseite, nach dem nahen nördlichen Ausgange zu, ist eine Begräbnisskapelle angebaut, welche einen Simultan-Altar erhält. Zwei Zimmer für Geistliche sind daneben angeordnet. Der vordere Theil des Gebäudes wird unterkellert; es werden dort ein Leichenkeller und ein Sargmagazin angelegt. Die Leichen werden in einem Aufzuge mit Handradbetrieb zum Erdgeschosse gehoben.

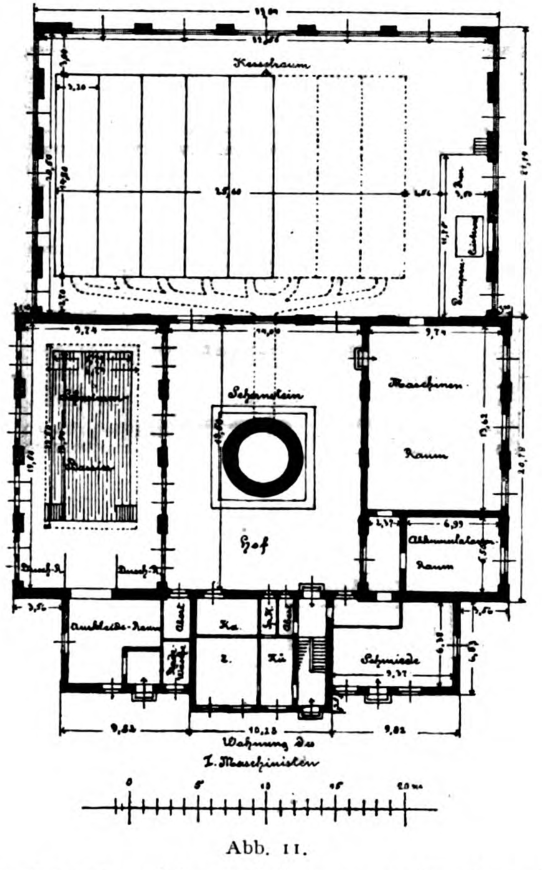




Abb. 11.

C. 14. Spritzenhaus.

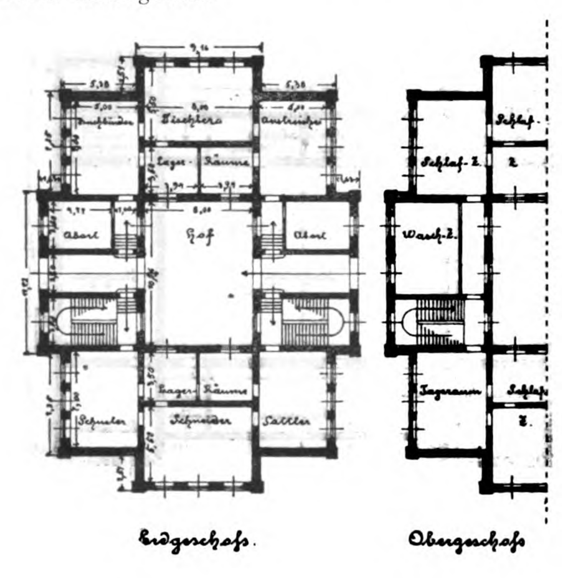
Das Haus wird an möglichst centraler Stelle auf der Männerseite, dicht an der Mittelaxe der Anstalt erbaut. Es enthält eine Remise für die grösseren Spritzen und zwei weitere Räume für die sonstigen Feuerlöschapparate, Leitern und Schutzvorrichtungen.

C. 15. Gewächshaus mit Gärtnerwohnung.

In den Anlagen hinter der Anstaltskapelle wird ein mässig grosses Gewächshaus zum Zwecke der Blumenzucht und der Ueberwinterung von Pflanzen angelegt. Angebaut wird ein kleines Wohngebäude für einen verheiratheten Gärtner.

C. 16. Kegelbahn.

An der südöstlichen Ecke der Anstalt wird die für die Kranken bestimmte Kegelbahn ihren Platz finden. Der massive Bau besteht aus einer heizbaren Kegelstube, und der 25 m langen Bahn mit dem verbreiterten Raume, in welchem die Kegel stehen. Um die Kegelstube ist auf drei Seiten eine offene hölzerne Halle herumgebaut.



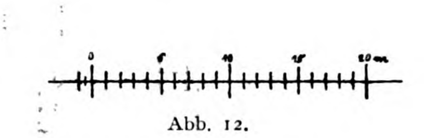


Abb. 12.

Gartenanlagen

sind an geeigneten Stellen in reichlicher Menge vorgesehen. Da die Anstalt im Osten und Norden unmittelbar an zu ihr gehörenden Wald grenzt, ist die Schaffung eines besonderen Parkes nicht in Aussicht genommen. Mit Hülfe der Kranken kann später der Wald durch Herstellung von Wegen und Plätzen, durch Ausrodung und Zupflanzungen in einen Park umgewandelt werden.

Was die Kosten anlangt, so ist Folgendes anzuführen:

Die für 600 Kranke berechnete Irrenanstalt in Dziekanka hat ohne Grunderwerb gekostet 3040764,30 Mark.

Für bauliche Herrichtungen sind in Dziekanka ausgegeben auf

1 Pensionär	3080	M.
1 Halbruhigen	1975	„
1 Unruhigen	2967	„
1 Siechen	1625	„
1 Ruhigen	1420	„

Wäre die Einrichtung statt für 50 Pensionäre für andere Kranke getroffen worden, so würde sie weniger gekostet haben, wenn an die Stelle der Pensionäre getreten wären

Halbruhige	50 (3080 — 1975)	55250	M.
Unruhige	50 (3080 — 2967)	5650	„
Sieche	50 (3080 — 1625)	72750	„
Ruhige	50 (3080 — 1420)	83000	„

und, falls die verschiedenen Krankheitsformen an dem Ersatz der Pensionäre gleichmässig betheiligt wären, so würde sich die Ersparniss gestellt haben auf:

$$\frac{55250 + 5650 + 72750 + 83000}{4} = 54162 \text{ M.}$$

oder rund 54000 M.

Vereinfachungen gegenüber dem Bau in Dziekanka dürften bei der 4. Provinzial-Irrenanstalt nur in geringem Masse durch Weglassung eines oder des anderen reicher ausgestatteten Beleuchtungskörpers, einzelner Badeeinrichtungen, dieses oder jenes Zimmerschmuckes u. s. w. zu erzielen sein. Die Kocheinrichtungen werden sich kaum verkleinern lassen, da sie unter allen Umständen auch für Kranke, Aerzte u. s. w. zu dienen haben.

Wollte man aber 26000 M. für Vereinfachung der inneren Einrichtungen ansetzen, so würde die Gesammtersparniss betragen 54000 + 26000 = 80000 M. Die Gesammtausgaben für Dziekanka würden sich also belaufen haben, wenn die Anstalt nur für eine Krankenklasse errichtet worden wäre, bei Abrundung der thatsächlichen Gesammtkosten auf 3040000 M. — 80000 M. = 2960000 M.

Da Dziekanka für 600 Kranke berechnet war, während Meseritz zur Aufnahme von 700 dienen soll, so werden die Kosten für die letztere Anstalt hiernach zu schätzen sein auf:

$$2960000 + \frac{700}{600} = 3453000 \text{ M.}$$

Für Meseritz würde ausserdem aber preisvertheuernd in's Gewicht fallen:

1. die nothwendige Anpassung des Baues einzelner Gebäude für eine spätere Vergrösserung der Anstalt,
2. die mittlerweile für alle derartigen Bauten üblich gewordene, massive Deckenausbildung zwischen Eisenträgern,
3. die inzwischen eingetretene allgemeine und bedeutende Preissteigerung der Materialien und der Arbeitslöhne.

Hiernach kann der weiter unten in der Einzelberechnung ermittelte Kostenbetrag von 3600000 M. nur als ein unvermeidlicher und mässig geschätzter bezeichnet werden.

Für die Einzelberechnung ist folgendes zu bemerken:

Die von der Provinzialverwaltung Posen zuletzt ausgeführten Bauten zur Herstellung einer Idiotenanstalt und zur Erweiterung der Irrenpflegeanstalt Kosten, deren finanzieller Effekt sich bereits annähernd übersehen lässt, werden einen Kostenaufwand verursachen für das Kubikmeter umbauten Raumes einschl. Heizung, Wasseranlagen innerhalb der Gebäude und Abortanlagen:

für die grösseren Pavillons von	14,8	M.
für die kleineren Pavillons von	15,5	„
für das Lazareth von	15,9	„
für das Schulgebäude von	14,5	„
und für die zuletzt projectirten und ausgeführten Aufnahmegebäude, bei denen den früher vergebenen, vorher aufgeführten Bauten gegenüber sich die eingetretene Preissteigerung schon bemerklich macht, von	16,3	„

Mit Rücksicht hierauf ist im Allgemeinen ein Einheitssatz von 16 M. für das Kubikmeter umbauten Raumes zu Grunde gelegt worden.

Dann ergeben sich, wenn die in dem Bauproject für die vierte neue Anstalt berechneten Kubikeinheiten übernommen, aber auf ganze Kubikmeter abgerundet werden:

			Mark.
A. 1.	Aufnahmeabtheilung	2×5119×16 =	163808
A. 2.	Siechenabtheilung	4×5035×16 =	370840
A. 3.	Abtheilung für Halbruhige	2×5318×16 =	170176
A. 4.	Abtheilung für Unruhige	2×7744×16 =	247808
A. 5.	Abtheilung für gefährlich unruhige Männer	5308×17 =	90236
	Zulage für die Lauben		25000
B. 1 u. 2.	Abtheilung für Ruhige	3×5791×16 =	277968
B. 3.	Doppelwohnhäuser für Wärter mit Einrichtung für Familienpflege	6×1093×16 =	104928
C. 1.	Verwaltungsgebäude	11707×16 =	187312
C. 2.	Beamtenwohnhaus	4249×16 =	67984
C. 3.	Anstaltskapelle		55335
C. 4.	Wohnhaus für den Direktor	2501×16 =	40016



C. 5. Wohnhaus für den 2. und 3. Arzt . .	4062×16 =	64992
C. 6. Wasserthurm . . .		45000
C. 7. Kochküchengebäude C. 9. Waschküchengebäude	20753×16 =	332048
C. 8. Wirthschaftswohngebäude	7157×14 =	100198
C. 10. Maschinenhaus mit Centralbadeanstalt .		165200
C. 11. Werkstättengebäude	6100×11 =	67100
C. 12. Eiskeller für das jetzige Bedürfniss wie in Dziekanka mit 20% Aufschlag, daher	1,2×5000 =	6000
C. 13. Leichenhaus wie in Dziekanka mit 20% Aufschlag, daher .	1,2×7500 =	9000
C. 14. Spritzenhaus wie in Dziekanka mit 20% Aufschlag, daher .	1,2×1000 =	1200
C. 15. Gewächshaus mit Gärtnerwohnung .		10000
C. 16. Kegelbahn wie in Dziekanka mit 20% Aufschlag	1,2×4300 = rund	5200
D. Sonstige Kosten:		
1. Umwährungen		60000
2. Pflaster- und Gartenanlagen, sowie Terrainregulirungen		75000
3. Dampfkesselanlagen und Betriebsmaschinen		85000
4. Wasserversorgung und Kanalisation		160000
5. Wasch- und Kochkücheneinrichtung		65000
6. Electrische Beleuchtung		90000
7. Blitzableiter und Telephonanlage		20000
8. Berieselungsanlage		10000
9. Bauführung und Insgemein . . .		138651
10. Beschaffung des Inventars	700×400 =	280000
Gesammtbetrag		3600000

Mittheilungen.

— **42. Bericht der Kommission für das Irrenwesen in Schottland,** Jahrgang 1899.

Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1900:

	Männer	Frauen	Summe	Private M.	Private Fr.	Private S.	Arme M.	Arme Fr.	Arme S.
In den kgl. Anstalten*)	1889	2184	4073	832	931	1763	1057	1253	2310
In den Distriktsanstalten	3295	3328	6623	84	102	186	3211	3226	6437
In Privatanstalten	44	77	121	44	77	121	—	—	—
In Gemeindeanstalten	334	345	679	—	—	—	334	345	679
In Armenhäusern	447	458	905	—	—	—	447	458	905
In Privatwohnungen	1131	1697	2828	47	78	125	1084	1619	2703
	7140	8089	15229	1007	1188	2195	6133	6901	13034
In der Irrenabtheilung des Centralgefängnisses	46	6	52	—	—	—	—	—	—
In der Schule für Schwachsinnige . .	231	151	382	100	79	179	131	72	230
Summe:	7417	8246	15663	1107	1267	2374	6264	6973	13237

*) Als kgl. Anstalten, 7 an der Zahl, werden die bezeichnet, die bereits vor dem Irrengesetz von 1857 existierten. Die seitdem erbauten 16 öffentlichen Anstalten heissen Distriktsanstalten. Die 4 Gemeindeanstalten wurden aus der Armensteuer der betreffenden Gemeinden errichtet. Es sind in Wirklichkeit nur besondere Abtheilungen der Armenhäuser, in denen heilbare und gefährliche, sowohl wie unheilbare und harmlose arme Geisteskranke aufgenommen werden können. Die Irrenabtheilungen der übrigen 15 Armenhäuser sind reine Pflegeanstalten für harmlose arme Geisteskranke. Die Schule für schwachsinnige Kinder und die Idiotenanstalt sind der Privatwohlthätigkeit entsprungen.

Zunahme, oder Abnahme gegenüber dem 1. Januar 1899:

	Privatkranke.	Arme Kranke.
In den kgl. Anstalten . .	+ 4	— 48
In den Distriktsanstalten .	+ 24	+ 276
In Privatanstalten . . .	— 15	—
In Gemeindeanstalten . .	—	+ 11
In Armenhäusern . . .	—	— 1
In Privatwohnungen . .	+ 2	+ 5



Im Ganzen wurden im Laufe des Jahres 503 Privatpatienten aufgenommen, 18 weniger als im vorigen Jahr und 21 mehr als durchschnittlich in der 5jährigen Periode von 1895/99. Die Aufnahme der armen Kranken betrug 2868, 68 weniger als im vorigen Jahr und 129 mehr als durchschnittlich in der genannten Periode.

Es wurden 493 Kranke von einer Anstalt in die andere übergeführt.

Freiwillige Patienten sind solche, die, mit Einwilligung der Behörde, mit einer einfachen Eingabe selbst ihre Aufnahme in eine Anstalt beantragen. Sie dürfen nicht länger als 3 Tage zurückgehalten werden, wenn sie die Anstalt wieder verlassen wollen. Sie werden nicht als Geisteskranke eingetragen. 1899 liessen sich 74 Personen aufnehmen. Die Durchschnittszahl für die Periode 1890/99 betrug 82. Am 1. Januar 1900 befanden sich 95 in den Anstalten.

Es wurden entlassen:

Jahr	Geheilt		Nicht geheilt		Gestorben		Summe		
	Private	Arme	Private	Arme	Private	Arme	Private	Arme	Zusammen
1899	250	1289	—	403	165	934	558	2626	3184
Durchschnittszahl für 1895/99	233	1209	133	402	145	819	511	2430	2941

Verhältniss der Sterblichkeitsziffer zur Zahl der in den verschiedenen Anstalten verpflegten Geisteskranken in Prozenten:

	1895	1896	1897	1898	1899
In den kgl. u. Distriktsanstalten	8·4	7·6	8·3	8.1	9·3
In den Privatanstalten	10·8	6·4	7·2	8.9	12·0
In den Gemeindeanstalten	10·8	10.1	11.0	10·8	8·9
In den Armenhäusern	5·7	3·7	4·2	4·3	4·7

Verhältniss der jährlichen Durchschnittszahl priv. u. armer Kranken zu 100000 der Bevölkerung in 5jährigen Perioden:

5jährige Perioden	Private Kranke in öffentlichen Anstalten	Private Kranke in Privatwohnungen	Private Kranke Summe	Arme Kranke in öffentlichen Anstalten	Arme Kranke in Privatwohnungen	Arme Kranke Summe	Priv. u. arme Kranke in öffentlichen Anstalten	Priv. u. arme Kranke in Privatwohnungen	Priv. u. arme Kranke Summe
1880—84	38	3	41	187	45	232	225	48	273
1885—89	40	3	43	192	58	250	232	61	293
1890—94	43	3	46	208	63	271	251	66	317
1895—99	47	3	50	231	64	295	278	67	345

Im Laufe des Jahres 1899 wurden 136 Patienten mit Genehmigung der Behörde*) probeweise entlassen. Davon wurden schliesslich nach Ablauf der gesetzten Frist*) 24 als geheilt endgiltig entlassen, während 30 wieder zurückgebracht werden mussten, 13 wurden bei Freunden untergebracht.

Die Zahl der probeweise entlassenen Patienten betrug Ende des Jahres noch 69.

Die Durchschnittszahl der Anstaltsinsassen betrug im Berichtsjahr 5918,0 M. und 6355,5 Fr. Davon starben 504 M. und 505 Fr., und zwar an Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten 260 M. und 164 Fr. (darunter an allg. Paralyse 119 M. und 26 Fr.), an Brustaffektionen 226 M. und 185 Fr. (darunter an Phthisis 90 M. und 73 Fr.), an Unterleibsaffektionen 34 M. und 35 Fr., durch Selbstmord und Unglücksfälle 7 M und 6 Fr., an verschiedenen Krankheiten, wie Dysenterie, Diarrhoe, Krebs etc. und an Altersschwäche 67 M. und 115 Fr.

Es entwischten 186 Kranke, von denen 166 wieder zurückgebracht wurden. Von den übrigen 20 wurden 11 als geheilt, 8 als nicht geheilt gestrichen, 1 wurde in eine andere Anstalt verbracht.

Unglücksfälle kamen 93 vor, wovon 10 tötlich endeten, darunter 7 Selbstmorde. 2 Kranke hingen sich auf, einer schnitt sich mit einer Scherbe eine Armarterie durch, einer trank Karbolsäure, einer ass die Köpfchen von Zündhölzchen (vielleicht ohne die Absicht des Selbstmordes), einer stellte sich dem Zug entgegen, einer verbrannte sich. In zwei Fällen waren die Kranken isoliert. Ein Kranker suchte sich zu ertränken, einer sich mit dem Taschenmesser die Kehle

*) Vom Direktor einer Anstalt können Kranke probeweise für höchstens 28 Tage entlassen werden. Beträgt die Probezeit länger, bis zu einem Jahr, so ist die Einwilligung der Behörde erforderlich. Muss der Kranke innerhalb dieser Zeit wieder zurückgebracht werden, so fallen die Aufnahmeformalitäten weg.



zu durchschneiden. Die übrigen 3 Todesfälle wurden verursacht durch Fall, durch Verbrennen im Bad und durch Erkältung beim Entweichen.

In 50 Fällen kamen Frakturen und Luxationen vor, in 18 Fällen Kopfverletzungen, dazu noch verschiedene kleinere Verletzungen, wie Quetschungen, Beulen u. dgl.

Die Unterhaltungskosten für einen Kranken in den Distriktsanstalten betrugen im Berichtsjahr 39 Pfund und 17 Schilling. Die Verpflegung der 15528 in den verschiedenen Anstalten untergebrachten armen Geisteskranken kostete 309356 Pf., wovon von Verwandten 16360 Pf. aufgebracht worden waren.

Am 1. Januar 1900 betrug das Verhältniss der Privatkranken in den öffentlichen Anstalten zu 100000 der Bevölkerung 48, dieselbe Zahl wie am 1. Januar 1899, bei armen Kranken in öffentlichen Anstalten 241; gegenüber 238 am Anfang des Jahres, in Privatwohnungen 63.

Vorst. Tabelle giebt diese Verhältnisse ausführlicher: Darnach hat sich die Zahl der Privatkranken in öffentlichen Anstalten seit 1880/84 um 9:100,000 der Bevölkerung vermehrt. Nimmt man die Bevölkerung zu 4200000, so bedeutet das einen Zuwachs von 378 Kranken über die Zahl, die das gleichmässige Anwachsen von Bevölkerung und Geisteskranken hätte erwarten lassen. Bei armen Geisteskranken ist die Zunahme 44:100000 in öffentl. Anstalten und 19 in Privatwohnungen, also ein Ueberschuss von 1848, resp. 798 Kranken über die dem Anwachsen der Bevölkerung entsprechende Zahl.

Die Zahl der Pflegepersonen, die während des Jahres ausschieden, entlassen wurden, oder starben, betrug 1030, d. h. 87 mehr als im vorigen Jahre. Es gingen freiwillig 788. 40 wurden wegen Untauglichkeit und 110 wegen Verfehlungen entlassen, 7, weil ihre Dienste nicht mehr nöthig waren. Die Berichterstatter empfehlen, möglichst die Zahl der verheiratheten Pflegepersonen zu vermehren. Man solle ihnen behaglich ausgestattete Cottages zur Verfügung stellen. Es sind meist die jüngern, erst kurze Zeit im Dienst befindliche Leute, die viel wechseln, 76 % der Veränderungen fielen auf sie. Mangel an Freiheit soll die Schuld daran sein, viele treten auch in den Gefängnissdienst über, wo ihrer die Pension wartet. Ueber das entlassene Personal kursieren schwarze Listen unter den Anstalten. Ganter.

— In **Neuenahr** soll dem „Kölner Tagebl." zufolge, ein seit 20 Jahren dort ansässiger Kaufmann durch Intrigue seiner zweiten Frau bei vollem Verstande gewaltsam in eine Andernacher Irrenanstalt geschleppt worden sein, und zwar durch drei handfeste Männer, die angeblich von der Frau durch Zahlung von 150 M. dazu gedungen wurden. Die „Köln. Vztg." schreibt hierzu: Unsere Zweifel an der Richtigkeit der romanhaften Geschichte, welche das Kölner Tageblatt über die gewaltsame Verbringung des J. Fuhrmann nach der Irrenanstalt in Andernach erzählt hat, waren nur zu sehr begründet. Wie uns ein angesehener Einwohner von Neuenahr schreibt, war die Unterbringung des J. Fuhrmann in eine Irrenanstalt durchaus nothwendig und ist auch ganz ordnungsmässig verlaufen. Sie war auf Grund des Gutachtens des Hausarztes sowie des Kreisphysikus durch den Landrath des Kreises angeordnet worden.

Vielleicht ist die entstellte Darlegung des Sachverhaltes von den Schnapsbrüdern des unglücklichen Mannes ausgegangen. Das bedauerlichste an der ganzen Sache ist, dass die ohnehin schwergeprüfte Frau nun auch noch in Folge der tendenziösen Schilderung des Kölner Tageblattes vor der Oeffentlichkeit in schlechtem Lichte erscheint. Uebereinstimmend mit der Mittheilung wird weiter geschrieben, dass die betreffende Frau ihren Mann auf Grund eines ärztlichen Attestes „wegen chronischen Alcoholismus, dessen weitere Ausbildung zu den schwerwiegendsten Komplikationen führen könnte", mit Zustimmung der Polizeibehörde, in der Provinzialirrenheil- und Pflege-Anstalt Andernach hat unterbringen lassen. Dass die Diagnose des Arztes richtig gewesen, beweist ein Schreiben des Anstaltsarztes, wonach Fuhrmann seit einigen Tagen schwere Deliriumanfälle habe. Der Anstaltsarzt spricht sich ferner dahin aus, dass die Unterbringung des Kranken schon früher erforderlich gewesen wäre.

Referate.

— F. Wachenfeld, Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig. Dieterich'sche Buchhandlung. 1901. 148 S. 3 Mk. gebd. 4 Mk.

Vor einigen Jahren sind von Seiten der wissenschaftlich-humanitären Komitees für den Reichstag bestimmte Petitionen behufs Abänderung des § 175 Str. G. B. in Umlauf gesetzt worden, welche mit einer Gegenpetition seitens des Vorstandes der allgemeinen Konferenz der deutschen Sittlichkeitsvereine beantwortet wurden. Da die Strafbarkeit des homosexuellen Verkehrs schon seit Jahren Lieblingsthema der Aerzte war, erscheint es begreiflich, dass sie auch zu jenen Petitionen Stellung nahmen. Um so anstossender muss es erscheinen, dass die Vertreter der Jurisprudenz, in deren Bereich dieses Thema doch einschlägt, bisher sich nicht dazu äusserten. Diese Zurückhaltung, die bei der weit verbreiteten Kenntniss des homosexuellen Verkehrs und dessen Einfluss auf das öffentliche Wohl wenig angebracht erscheint, durchbricht V. mit vorliegender Schrift, für die wir ihm um so dankbarer sein können, als er unsere einschlägige Litteratur kennt und geschickt verwerthet.

V. zeigt zunächst, welchen Standpunkt die Gesetzgebung bei den verschiedenen Völkern und zu den verschiedensten Zeiten dem gleichgeschlechtlichen Verkehr gegenüber eingenommen hat. Hier möge es genügen, hervorzuheben, dass, abgesehen von Holland, das sich darin Frankreich anschliesst, alle germanischen Staaten den gleichgeschlechtlichen Verkehr bestrafen, während die romanischen Völker darauf verzichten, wenn nicht Erregung öffentlichen Aergernisses, Gewaltanwendung oder Verführung stattfindet. Entsprechend dem bekannten Standpunkte des Reichsgerichts nimmt auch Verfasser an, dass nur beischlafartige oder beischläferische Handlungen den Thatbestand des § 175 erfüllen. Es müssen somit die Geschlechtstheile der einen Person denen der andern nahegebracht werden



oder eine Person muss ihre Geschlechtsorgane in den Körper der andern einfügen.

In einem weiteren Abschnitte behandelt V. die ärztliche Seite der Frage. Wie die mitgetheilte litterarische Uebersicht lehrt, bestehen heutzutage bezüglich der homosexuellen Neigungen vier verschiedene Auffassungen, je nachdem sie als erworbenes Laster, als erworbene Abnormität, als angeborene Abnormität oder schliesslich als angeborene natürliche Erscheinung aufgefasst werden. V. unterscheidet sie von der Homosexualität, die die Neigung zum gleichen Geschlecht schlechthin bedeutet, von der conträren Sexualität, die eine Unterform von ihr ist und die allein als krankhaft anzusehen ist. Das maassgebende Kriterium ist die Unmöglichkeit normalen sexuellen Verkehrs; der homosexuelle Verkehr muss zur andern Natur geworden sein. Der Uebergang zu den nicht conträr homosexuellen ist natürlich ein fliessender. Diese conträre Sexualität kann sicherlich auch angeboren sein; das ist aber nur recht selten der Fall. Meistens ist sie erworben, gleich andern perversen Trieben, und dass dabei neuropathische Veranlagung, reiche Phantasie, körperliche Fehler etc. die Prädisposition, conträrsexuell zu werden, erhöhen, ist zuzugeben. Die Zahl der Conträrsexuellen bildet nur einen geringen Procentsatz der homosexuellen: bestimmte zahlenmässige Angaben lassen sich zur Zeit nicht machen. Viele hervorragende und bedeutende Männer sind mit Unrecht zu Conträrsexuellen gestempelt worden theils aus Unkenntniss mit litterarischen und historischen Thatsachen, theils aus Mangel an Verständniss für das Wesen der Freundschaft. Sogar das Verhältniss von Jesus zu Johannes hat man so gedeutet!

Die conträre Sexualität kann keinen Strafausschliessungsgrund bilden aus § 52, 54 Str. G. B. (Nöthigung, Nothstand), wohl aber aus § 51; auch ohne Hinzutreten sonstiger geistiger Störungen bejaht hier V. mit Moll die Frage nach dem Vorliegen von krankhafter Störung geistiger Thätigkeit. Dem Conträrsexualen fehlt die Strafeinsicht, und seine Vorstellung ist krankhaft. Die Straffreiheit reicht aber nur so weit, wie die krankhafte Störung reicht, erstreckt sich also lediglich auf die sexuale Handlung, auf die Bethätigung des anormalen Triebes. Es besteht also kein Bedürfniss einer Aenderung des Strafgesetzbuches zu Gunsten der Conträrsexualen, da für sie schon gesorgt ist.

In allen andern Fällen, also abgesehen von conträrer Sexualität, handelt es sich um eine lasterhafte Gewohnheit oder um eine Verirrung. Aber auch hier bestehen nach V. keine triftigen Gründe für die Strafaufhebung, § 175 Str. G. B. ist weder halt- noch nutzlos. Die ihm zugeschriebenen directen und indirecten Schädlichkeiten wie die Einleitung des Strafverfahrens mit ihren Folgen, die Schädigung der Gesundheit, weil die Heilung durch das blose Bestehen des § 175 erschwert sei, die Gefahr der Erpressung (Chantage), die Erregung öffentlichen Aergernisses durch die Strafverfolgung, Förderung der Prostitution etc. bestehen nicht oder sind nicht erheblich oder würden auch nach der Aufhebung des § 175 nicht verschwinden. Ebensowenig trifft auch die Behauptung zu, dass die Bestrafung der Homosexuellen mit keiner der bestehenden Strafrechtstheorien in Einklang steht. Im Gegentheil, ihre Bestrafung ist nicht nur eine Forderung der Sittlichkeit, für welche das allgemeine Urtheil des betreffenden Staates massgebend ist. Sie wird gefordert durch die sociale Gefahr, welche die Duldung der widernatürlichen Unzucht mit sich bringt in der psychischen Schädigung, in der Anbahnung und Verbreitung der Homosexualität und in der Benachtheiligung der Nachkommen. Sie liegt schliesslich auch im unmittelbaren Staatsinteresse, dem nur der sexuelle Verkehr in der Form der Ehe entspricht. Ernst Schultze.

— Die Erziehung des Willens von J. Payot. Aus dem Französischen von T. Voelkel. Mit Buchschmuck von R. Grimm. Leipzig 1901. R. Voigtländer's Verlag.

Verf., ein Anhänger der Ribot'schen Psychologie, warnt insbesondere den jungen Studenten eindringlich vor dem häufigen Versinken in Willensschwäche und zeigt in leicht verständlichen Erörterungen, dass jeder Mensch durch die geregelte, zielbewusste Erziehung seines Willens mit der Zeit und mit der Kenntniss der Gesetze seiner Natur zur Selbstbemeisterung und Selbstvervollkommnung und damit zugleich zu einem hohen Maasse von Glück gelangen kann. Das lesenswerte, gut ausgestattete Buch ist in seinem theoretischen und practischen Theil überreich an feinsinnigen und beherzigenswerthen Bemerkungen.

Hahn-Hubertusburg.

— Drei kriminalanthropologische Themen: 1. Gehört die Kriminalanthropologie mehr zur Anthropologie oder zur forenzen Psychiatrie? 2. Giebt es z. Z. practische Mittel und Wege, um Intellect, Affectsphäre und Moral zu messen? und 3. Welches ist die beste Art der Unterbringung geisteskranker Verbrecher? Von P. Näcke, Arch. f. Krimin.-Anthrop. u. Kriminalistik 1901. Bd. 6, Heft 3 u. 4 S.-A.

Verf. beantwortet diese Fragen der Systematik, Diagnostik und Praxis in geistvoll anregender Weise dahin: 1. Die Kriminalanthropologie gehört der Methodik und der Untersuchung nach zur Anthropologie, dem Hauptzwecke nach zur forensen Psychiatrie. 2. Wegen der Vieldeutigkeit der noch nicht genau definierten Begriffe Intellect, Affectsphäre und Moral ist insbesondere bei schwierigen Fällen schon eine grobe Prüfung des sogen. Characters eines Menschen z. Z. unmöglich, noch mehr natürlich eine streng wissenschaftliche Messung. 3. Das Gros der unheilbaren geisteskranken Verbrecher richtet bei guter Vertheilung in der gewöhnlichen Irrenanstalt kaum jemals Schaden an. Für heilbare, beobachtungsbedürftige und gemeingefährliche Kranke, insbesondere für revoltierende, demoralisierende Elemente erscheinen unter irrenärztlicher Leitung stehende Adnexe in grossen Strafanstalten zur Unterbringung am meisten geeignet.

Hahn-Hubertusburg.

— Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie der Epilepsie. Von Dr. L. W. Weber, Oberarzt und Privatdozent i. Göttingen. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901.



Die Arbeiten über Epilepsie sind in dem letzten Jahre so zahlreich und so fördernd geworden, dass es eine wahre Lust ist, auf diesem Specialgebiete auch nur sammelnd und sichtend thätig zu sein. Als eine der bedeutsamsten unter diesen Einzelforschungen muss die hier zur Besprechung stehende Habilitationsdissertation Weber's bezeichnet werden.

Aus der Landes-Heilanstalt Uchtspringe durfte W. mit der liberalen Unterstützung des dortigen Anstaltsleiters 34 klinisch in ihrer jeweiligen Eigenart genau bekannte Fälle echter Epilepsie obduziren und mit den neuesten Methoden der mikroskopischen Technik die Verhältnisse der Glia, der Gefässe, der Nervenzellen und -Fasern untersuchen.

Bei der Mehrzahl seiner durchweg geistig geschwächten oder mit Characterveränderung, psychotischen Zuständen behafteten Epileptiker fand W. eine Vermehrung und Verbreitung der subpial belegenen Gliafaserschicht der Hirnrinde (bis zu 0,2 mm. Breite). Dieser Faserfilz war äusserst arm an Gliazellen und von gleichmässigem der Struktur der Rinde eingefügtem Bau. Ausserdem bestand in diesen Fällen eine mässige bindegewebige Verdickung der Gefässwandungen und ein allmählicher Untergang der nervösen Elemente. Der Befund des Randgliafaserfilzes, den W. übrigens auch bei lange bestehender einfacher Idiotie erhoben hat, vorzugsweise bei Epileptikern bestätigt in umfassender Weise die früheren Angaben von Bleuler, Alzheimer u. a. Die weitertragende Bedeutung der Weber'schen Arbeit beruht auf der Beziehung der anatomischen Befunde auf die klinischen Einzelheiten der betreffenden Epilepsiefälle. Es stellte sich heraus, dass der beschriebene gleichmässige Gliafilz nur in den vom Referenten „Frühepilepsie" benannten Fällen anzutreffen war, welche auf dem Boden erblicher Belastung oder frühzeitiger Schädigung des Gehirns in den ersten drei Jahrzehnten des Lebens in die Erscheinung treten, ohne dass die Entstehung des Leidens klinisch allein auf eine wuchtige Schädigung des Nervensystems zurückzuführen ist.

W. bestätigt, dass vorzugsweise der Frühepilepsie die Stigmatisirung durch Ammonshornsklerose zukommt. Weber konnte im Einzelnen noch nachweisen, dass gewisse, von manchen Autoren aufgestellte Specialformen der Frühepilepsie, bei denen Erkrankung einzelner Körperorgane, wie des Magendarmkanals, eine Rolle spielen sollen, in dem anatomischen Befunde des Randgliafilzes keine Abweichung von anderen Frühepilepsien zeigen. Die genannten Störungen kommen also hauptsächlich nur als auslösende Momente für den Anfall in Betracht.

Wesentlich anders gestaltet sich der anatomische Befund bei den viel selteneren Formen der Spätepilepsie, in denen eine bestimmte traumatische, toxische (Blei) oder organische (Tumor, Leptomeningitis, Encephalitis) Schädigung des Gehirns oft schon klinisch als Ursache der Epilepsie wahrscheinlich war. Es fand sich nun auch in diesen Fällen eine diffuse Gliawucherung, aber viel gröber und atypischer Natur und in ihren frischeren Partien mit massenhaften Spinnenzellen durchsetzt. Sehr interessant ist in einigen Fällen echter Spätepilepsie, welche durch Herderkrankung bedingt waren, dass neben dem Herde weithin im Gehirn diese Gliawucherung nachzuweisen war, z. B. ausser einem kleinen Erweichungsherd im Temporallappen eine diffuse Gliawucherung in der gesammten Grosshirnrinde, aus wenig Fasern und vielen Spinnenzellen sich zusammensetzend.

Auch die Gefässveränderung war bei der Spätepilepsie gröberer Natur, so dass im ganzen die normale Struktur der Rinde gestört war.

Weber legt sich in der Deutung der von ihm gefundenen Veränderungen eine schätzenswerthe Beschränkung auf. Er will sie nicht als die anatomische Grundlage der Epilepsie, als gleichbedeutend der „primären epileptischen Veränderung" auffassen. Selbst in der typischen Rindengliose der Frühepilepsie sieht er mit Alzheimer nur einen secundären Prozess, entstanden durch den Ausfall nervöser Elemente. Dagegen zeigt er, wie weit seine Befunde für die anatomische Diagnose der Epilepsie zu verwerthen sind.

Die Hauptbedeutung seiner Befunde sieht W. mit vollem Recht auf klinisch-nosologischem Gebiete. Es gelingt mit ihrer Hilfe grosse klinische Gruppen der Epilepsie auch anatomisch zu unterscheiden. Bei Herderkrankung des Gehirns kann aus den beschriebenen Veränderungen der übrigen Hirnrinde geschlossen werden, ob echte oder ob symptomatische Epilepsie vorliegt.

Die kurze Wiedergabe des wesentlichen Inhalts musste viele Details des Buches bei Seite lassen, so die interessanten Befunde Webers an Gefässen und Zellen, welche er als die anatomischen Substrate der acutepileptischen Zustände, des status epil., der schweren Verwirrungszustände auffasst. In solchen Fällen fand sich in den Gefässen der Hirnrinde Hyperämie, Erweiterung der Lymphscheiden, Eintritt von Oedem in dieselben und in das perivaskuläre Gewebe, frische Extravasate, perivaskuläre Anhäufungen zelliger Elemente, welche theils aus den Blutgefässen, theils von der Glia stammen. Aehnliche Elemente wie die letztgenannten fand W. auch in den periganglionären Räumen, so dass sie manchmal die vollständige Vernichtung der Ganglienzellen herbeiführten. Diese Veränderungen fasst er nur zum geringeren Theil als Stauung, zum grösseren Theile als den Ausdruck einer frischen entzündlichen Reizung der Hirnrinde auf.

Manche anderen Einzelheiten der Weber'schen Arbeit konnten in diesem kurzen Berichte keine Berücksichtigung finden. Die warme und doch überall knappe und klare Darstellung des nur 95 Druckseiten starken Büchleins und die vorzüglichen Abbildungen der mikroskopischen Präparate wenigstens sollen nicht unerwähnt bleiben. Bratz.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 27. 28. September. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Eifersuchtswahn.*)

Von Oberarzt Dr. *Brie* (Grafenberg).

Die neueren Bestrebungen in der Psychiatrie, die klinische Symptomatologie und den Ablauf der Erscheinungen wieder mehr in den Vordergrund zu stellen und eingehender zu studiren, hat uns im letzten Jahrzehnt manche Wandlungen und erhebliche Fortschritte in der Lehre von den psychischen Krankheitsgruppen gebracht. — Zwar sind wir noch weit entfernt davon, eine abgeschlossene Reihe von allseitig anerkannten und nach allen Richtungen erforschten Krankheitsbildern vor uns zu haben, wie auf anderen Gebieten der Medizin; aber wir sind doch auf dem Wege zu diesem Ziele ein gut Theil weiter gekommen. Die weitere Ausbildung der Symptomenlehre hat zu einer tieferen Erfassung der einzelnen Zustandsbilder geführt, und wir verdanken dieser veränderten Betrachtungsweise die Kenntniss einer Anzahl wohlumgrenzter Krankheitstypen, die neben den altbewährten Formen, an welchen wir festzuhalten haben werden, den sicheren Besitzstand der psychischen Krankheitslehre erweitert haben. —

So ist auch in der Paranoia-Gruppe grössere Klarheit geschaffen. Die chronische Paranoia war gegen früher erheblich einzuschränken; es waren Zustände aus derselben auszuschalten, die nur sehr lose und rein äusserlich mit ihr in Verbindung gestanden hatten. — In der Hauptsache werden wir bei ihr 3 Verlaufsarten, die wir unterscheiden können, anzunehmen haben und zwar 1. die Paranoia mit der sogenannten systematischen Entwicklung in verschiedenen, langsam verlaufenden Stadien, 2. die Form, bei welcher combinirt von Anfang an Verfolgungs- und Grössenvorstellungen zur Entwickelung gelangen und 3. diejenige Form, bei welcher die Wahnvorstellungen zu keinem festen System verarbeitet werden, bei welcher Hallucinationen dauernd lebhaft sind und frühzeitig eine Lockerung im Zusammenhange der Vorstellungen zu Stande kommt. — Der Paranoia angehörig sind ferner gewisse Unterformen, wie der Quärulantenwahn, mit zum Theil eigenartiger Entwicklung.

Wenn ich heute Ihre Aufmerksamkeit auf eine Gruppe von Fällen, welche auch der Paranoia zugehören, zu lenken mir erlaube, so veranlasst mich dazu das verhältnissmässig seltene Vorkommen dieser Fälle und dann die durch das Studium der Litteratur gewonnene Erkenntniss, dass sie nicht so allgemein bekannt, oder dass doch nicht genügend auf sie hingewiesen worden ist, und wir in ihnen eine weitere eigenartige Unterform der Paranoia zu erblicken

*) Vortrag, gehalten in der 67. Sitzung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 15. Juni 1901.



haben. — Es sind dies reine Fälle von Eifersuchtswahn. —

Bevor ich des Näheren darauf eingehe, möchte ich in Kurzem darüber berichten, was bisher in Bezug auf die Wahnbildung in der genannten Richtung, also über die Wahnvorstellungen der ehelichen Untreue von den Autoren erwähnt und gelehrt wird.

Seitdem Nasse auf der Naturforscher-Versammlung zu Hamburg 1876 von dem „Verfolgungswahnsinn der geisteskranken Trinker" zuerst ein scharfes und prägnantes Bild entworfen hatte, ist diese Erkrankung innerhalb des Alcoholismus als eine typische Form allgemein anerkannt. Von Nasse war auch, worauf früher schon Marcel nebenbei hingedeutet hatte, betont worden, dass bei ihr neben anderen Wahnvorstellungen krankhafte Eifersuchtsideen besonders häufig gefunden werden. Bei 17 Verheiratheten von seinen Fällen waren 15 mal auch Eifersuchtswahnvorstellungen mit Anschuldigungen ganz obscönen Inhalts vorhanden gewesen. In noch bestimmterer Weise erklärte Schüle 1878 in seinem Handbuch der psych. Krankheiten neben den von Nasse gezeichneten Zügen des alcoholischen Verfolgungswahns gerade den Wahn ehelicher Untreue als ein mit besonderer Constanz wiederkehrendes Merkmal desselben. — Auch Schäfer*) hat sich schon bald darnach in demselben Sinne geäussert, diesbezügliche Fälle publizirt und seine Ansicht über die Entstehungsweise solcher Wahnideen, auf welche ich noch zu sprechen komme, kundgegeben. Nach den genannten Autoren haben alle späteren die engen Beziehungen des Eifersuchtswahns zum Alcohol immer wieder hervorgehoben; er wird als pathognomonisch für alcoholistisches (meist das chronische) Irresein angesehen, ja sogar von Manchen als fast nur bei Alcoholisten vorkommend geschildert. Unsere Lehrbücher ergeben dies. — Bemerkenswerth ist aber vor Allem in Bezug hierauf eine eingehende Abhandlung v. Krafft-Ebing's**) aus dem Jahre 1889 über „Eifersuchtswahn beim Manne." Bei 80% in sexuellen Verhältnissen stehenden männlichen Alcoholisten fand er Eifersuchtsideen und zwar in den späteren Stadien des Alcoholismus; es kann dieser Wahn hier zeitweise das Krankheitsbild beherrschen oder wie von Krafft-Ebing sich ausdrückt, als „quasi monomanischer" Wahn auftreten. Meist kommen zu dem Eifersuchtswahn andere Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen hinzu. Er ist nach ihm ein stigma des Alcoholismus im Rahmen seiner psychischen Symptome. v. Krafft-Ebing betont besonders als interessant das Nichtvorkommen des Eifersuchtswahns in der gewöhnlichen Paranoia, woraus die alcoholische Bedeutung desselben einleuchtend sei. Er fand unter vielen hundert Fällen von Paranoia ohne Alcoholgrundlage keinen einzigen mit Eifersuchtswahnvorstellungen. Es kann jedoch zur gewöhnlichen Paranoia Alcoholismus hinzutreten und dann können sich auch Eifersuchtswahnideen entwickeln, oder der Eifersuchtswahn ist Theilsymptom einer spezifischen Paranoia. —

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 35.

**) Jahrbücher f. Psych. X Bd. S. 212.

Dass die Alcoholintoxication gerade diese Erscheinungen auf psychischem Gebiete hauptsächlich hervorbringt, das wird zweifellos auf geänderte Gefühle und Leistungen auf genitalem Gebiete, wie sie der Alcohol schafft, zurückzuführen sein. Und fast alle Erklärungsversuche gehen übereinstimmend davon aus, dass der potus mit seinen üblen Wirkungen auf die Charaktereigenschaften (Roheit, Schamlosigkeit etc.) einerseits eheliche Zerwürfnisse, eine Abneigung der Frau, Widerwillen gegen die geschlechtliche Begehrlichkeit bei mangelnder Funktion und eine Entfremdung der Gatten herbeiführt, und dass andrerseits durch den Alcoholmissbrauch, wenngleich eine Zeit lang temporäre Steigerung der sexuellen Erregbarkeit, bald aber Erschlaffung, Schwächung und Impotenz eintritt. Der Trinker, welcher daher weder psychische noch physische Befriedigung in sexueller Hinsicht findet, sucht den Grund für die sexuelle Nichtbefriedigung und Unfähigkeit in der Untreue der Frau. Es festigt und erweitert sich der Wahn durch falsche Combinationen; Sinnestäuschungen kommen hinzu. — Etwas abweichenden Standpunkt vertraten Schäfer*) und mehrere Andere und nehmen an, dass, wie körperliche abnorme Zustände vielfach zu krankhaften Stimmungen und Vorstellungen führen, auch solche Veränderungen im Geschlechtsapparat beim potator unbewusst zurückwirken auf die Gehirnpartien, in denen die Geschlechtsvorgänge sich abspielen und sich dann gern mit der Vorstellung geschlechtlicher Beeinträchtigung, dem Wahne ehelicher Untreue verbinden. —

Ausserhalb des Alcoholismus nun tritt die Häufigkeit des Vorkommens der Eifersuchtswahnvorstellungen in sehr auffallender Weise zurück, so sehr, dass man eben annehmen zu müssen glaubte, wo er sich fände, müsste doch wohl der Alcohol im Spiele sein. — Es ist jedoch zweifellos, dass bei verschiedenen anderen psychischen Störungen der in Frage stehende Wahn symptomatisch im Krankheitsbilde auftritt. v. Krafft-Ebing**) hat unter 1000 Fällen psychischer Erkrankung mit Wahnbildung nur 4 mal den Eifersuchtswahn bei Männern gesehen; alle diese 4 Fälle betrafen schwere

*) Loc. c.

**) L. c.



organische Erkrankungen des Gehirns, postapoplectische Störungen, trauma capitis und senile Atrophie. — Am nächsten dem alcoholischen Irresein und auch typisch von Eifersuchtswahnideen begleitet ist die Geistesstörung bei Cocainismus, bei welcher dieselben schon früh sich einstellen, während sie im Alcoholismus dem späteren Stadium angehören. — Ferner kommen Wahnideen der ehelichen Untreue nicht ganz selten bei Frauen im Verlaufe des hysterischen Irreseins vor, sowie bei Erkrankungen im Climacterium.*) Seltener finden sie sich im Verlaufe der persecutorischen Paranoia und können dem Krankheitsbilde episodisch die Färbung geben. Einige solche Fälle haben eingehender, Gottlob im 10jährigen Bericht über die Grafenberger Anstalt vom Jahre 1886 und Werner**) aus der Leubus'er Anstalt behandelt. Bei allen diesen wird jedoch der Kreis jener Wahnideen im Laufe der Zeit zu allgemeinem Verfolgungswahn erweitert, oder der Eifersuchtswahn bildet nur ein untergeordnetes Glied in der Kette von systematisirten Verfolgungsideen. — Wir begegnen endlich Eifersuchtswahnideen hie und da, meist flüchtig und schnell wechselnd mit anderen Wahngebilden, in der progressiven Paralyse, bei seniler Demenz und dem präsenilen Beeinträchtigungswahn (Kräpelin), sowie, was schon kurz berührt wurde, innerhalb der psychischen Störungen nach Apoplexie, schweren Kopfverletzungen und mit Tabes. — Wenn wir der Entwicklungsweise der Eifersuchtsideen bei allen den Zuständen ohne alkoholische Grundlage, von denen soeben die Rede gewesen ist, nachgehen, so sehen wir überall da, wo dieser Wahn zeitweise im Krankheitsbilde stärker hervortritt, ihn in Folge von krankhaften Sensationen im Genitalgebiet oder lebhaften Sinnestäuschungen, vorzugsweise sexuellen Hallucinationen entstehen. Das ist vor allem der Fall beim hysterischen Irresein und der sexuell gefärbten Paranoia, von denen ich vorhin gesprochen. Man kann daher wie Nadler in einem Vortrag der südwestdeutschen Irrenärzte 1887***), diese Entstehungsart als „consecutive“ oder „secundäre“ von der beim Alcoholismus als „primär“ zu bezeichnenden unterscheiden. Bei den übrigen Störungen, die Wahnideen von ehelicher Untreue intercurrent im Verlaufe zeigen, sind es theils Hallucinationen, die zur Bildung derselben Anlass geben; theils beruhen sie wohl auf den jeweiligen, besonderen krankhaften Veränderungen in den Sexualorganen und der geschlechtlichen Funktionen, wie sie mit jenen Krankheiten meist verbunden sind, so der Paralyse, der Tabes, der senilen Atrophie etc.


*) Brosius, Petersburger med. Wochenschrift 1900, Nr. 6
**) Jahrbücher f. Psych. Bd. XI.
***) Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 43.

Fassen wir also das, was sich aus den bisherigen Studien und Erfahrungen über den Eifersuchtswahn ergiebt, kurz zusammen, so tritt er auf: erstens und hauptsächlich im Gefolge der Alcoholintoxication, wo er häufig dem Krankheitsbilde lange Zeit das Gepräge giebt; zweitens im Verlaufe des hysterischen Irreseins und des Verfolgungswahns in Folge gewisser Hallucinationen neben anderen Wahnbildungen; drittens bei psychischen Störungen, die durch schwere organische Hirn-Rückenmarksleiden bedingt sind. Zur Vervollständigung der Litteratur-Uebersicht muss ich noch auf die Monographie von Villers*) hinweisen, welche im Wesentlichen das Bekannte zusammenfasst und durch 31, zum Theil selbstbeobachtete Fälle illustrirt. Viller's Ansicht jedoch, dass alle Fälle mit Eifersuchtswahn als Varietät der Paranoia alcoholica oder einer Paranoia sexualis aufzufassen seien und sämmtlich auf dem Boden der Degeneration sich entwickelten, wird bei uns nicht getheilt werden. —

Aber, m. H., auf Grund einer Reihe von Beobachtungen, die mir im Laufe der Jahre das Material der Rheinischen Provinzial-Anstalten bot, dürfte das, wenn auch seltene Vorkommen reiner Fälle von Eifersuchtswahn als einer Unterform der chronischen Paranoia nicht zu bezweifeln sein. — Ich habe während meiner bisherigen psychiatrischen Thätigkeit etwa ein Dutzend Fälle eingehender und länger beobachten können, bei denen eine Alcoholgenese ganz und gar auszuschliessen war, und bei denen ohne Hallucinationen ein wohlcharacterisirter Eifersuchtswahn zur Entwickelung kam und, wie ich betonen möchte, das ganze Krankheitsbild dauernd ausmachte, bei denen kein allgemeiner Verfolgungswahn folgte oder überhaupt andere Wahnvorstellungen als in der genannten Richtung sich zeigten. Gestatten Sie mir, dass ich Ihnen als Typus dieser Krankheitsgruppe den zuletzt von mir in der Anstalt Grafenberg durch ca. 10 Monate beobachteten Fall mittheile:

Es handelt sich um den bei der Aufnahme im 35. Lebensjahre stehenden verheiratheten Conditor X, der in einer grösseren Stadt ein gut gehendes Geschäft hatte. — Erbliche Belastung war nicht vorhanden; der Vater starb an Lungenentzündung, die Mutter an Leberleiden. Mehrere Brüder des Patienten sind geistig und körperlich gesund. Er selbst wuchs unter günstigen Verhältnissen auf, entwickelte sich durchaus normal, war gut beanlagt, besuchte die Volksschule und das Realgymnasium bis Obertertia und ging von der Schule ab, weil er sich zu einer practischen Thätigkeit mehr hingezogen fühlte. — Als Kind von 6 Jahren erlitt er eine Kopf-

*) le délire de la jalousie Bruxelles 1899.

verletzung durch Sturz von einer Treppe und soll kurze Zeit bewusstlos gewesen sein, ist aber nachher ohne weitere Folgen davon geblieben. Als Soldat erkrankte er einmal an Bronchialcatarrh; dann machte er 2 Jahre vor der Anstaltsaufnahme eine schwere Lungenentzündung durch, die ihn sehr schwächte. Sonst war er stets gesund. Seit 8 Jahren ist er verheirathet; aus der Ehe stammen 3 gesunde Kinder. Er hatte durch sein Geschäft viel zu thun, war sehr thätig, durchaus nüchtern und strebsam. — Die Ehe war die ersten Jahre eine gute; später aber wurde er vielfach leicht aufgeregt und jähzornig, wurde gegen die Ehefrau aus geringer Veranlassung sehr ausfahrend, erschien erst sehr eifersüchtig, trat fernerhin jedoch immer mehr mit Verdächtigungen seiner Frau hervor, sagte ihr schliesslich, sie führe sich schlecht auf, nannte sie „Hure" und ging zu Thätlichkeiten gegen sie über. Er drangsalirte sie beständig mit seinen Vorwürfen, die — (selbstverständlich wurden genaue Erkundigungen eingezogen) — vollkommen unbegründet waren und ging damit immer weiter, spionirte ihr überall nach, durchforschte die Kleider, die Wäsche, untersuchte ihre Genitalien etc. um sich Beweise zu verschaffen. Im Juni 1898 bereits kam er mit der Aeusserung, das 2. Kind sei nicht von ihm; er bezeichnete in bestimmter Weise einen Vetter als denjenigen, mit dem seine Frau sich eingelassen hätte. Er überhäufte dieselbe bei jeder Gelegenheit mit gemeinen Ausdrücken, auch in Gegenwart Andrer, suchte ihr Geständnisse zu erzwingen und machte ihr die widerlichsten Scenen. Im October 1899 gerieth er Nachts in grosse Aufregung, riss die Frau aus dem Bette und schlug sie, äusserte, er werde ihr schon die Hurerei austreiben. Die Frau flüchtete zu Bekannten und kehrte erst nach einigen Tagen zurück. Er nahm sie erst wieder freundlich auf, bald begann er jedoch wieder sie mit seinen Verdächtigungen zu verfolgen; es kam wie zuvor zu Wortwechseln und Misshandlungen. Als er hörte, seine Frau sei beim Pastor, bei welchem sie sich Rath holen wollte, gewesen, stand bei ihm sogleich auch fest, dass dieser mit seiner Frau ehebrechischen Umgang pflege. — Von den Kindern sagte er, sie wären besser tot, als dass sie so eine Mutter hätten. Er warf der Frau den Ehering an den Kopf, wollte Eimer mit Wasser über sie giessen, um sie zu Verstande zu bringen; droht ihr mit der Staatsanwaltschaft, wenn sie nicht den geschlechtlichen Umgang mit dem Pastor zugäbe. — Er hatte ferner den Verdacht, dass seine Frau auch mit seinen Gehülfen sich abgebe u. s. w. Durch Vermittelung der Polizei wurde er im Dezember 1899 in der Anstalt untergebracht. —

Der Kranke zeigte in der Anstalt zuerst sehr bleiches und mattes Aussehen, war in reducirtem Ernährungszustande, schien leicht erregbar, hatte gesteigerte Reflexe, einen tic im rechten Facialisgebiet, schlief schlecht, bot sonst körperlich nichts Abnormes. — Psychisch war er durchaus orientirt und gab ganz geordnet Auskunft über seine Verhältnisse und sein Vorleben, kam aber bald auf seine ehelichen Angelegenheiten zu sprechen und entwickelte dann eingehend sein Wahnsystem. Er erzählte, er sei von jeher mehr für sich und seine Arbeit gewesen. — Was das Sexuelle vor der Ehe angeht, so leugnete er Onanie, wollte nie besonders starken Geschlechtstrieb gehabt und vor der Ehe nie geschlechtlich verkehrt haben. In der Ehe sei seine Frau von vornherein kalt gegen ihn gewesen, sie habe keine Kinder haben wollen und habe ihn zeitweise abgewiesen, wenn er sich ihr nahen wollte. Die ersten Jahre habe er im Ganzen gut mit ihr gelebt, bis nach dem ersten Kinde. Sie sei später wieder schwanger geworden, wo er garnicht bei ihr gewesen wäre. Da habe sich der Verdacht, der so nach und nach in ihm aufgestiegen wäre, bestätigt. Es sei ihm auch nachher klar geworden, wie es zusammenhing, dass eine Zeit lang zuvor ein Vetter zu Besuch kam, mit der Frau eines Tages in die obere Etage der Wohnung ging und er selbst von seiner Schwägerin mit allerhand Vorwänden im Laden unterdessen zurückgehalten worden sei. Das zweite Kind stamme daher sicherlich von diesem Vetter, wie auch das dritte nicht von ihm sein könnte. Die beiden Kinder hätten einen ganz verwilderten Charakter, was auch dafür spräche. Er habe seiner Frau gegenüber Bemerkungen gemacht, dass die Kinder so wild seien, worauf sie selbst geäussert habe, „das sei falsches Blut." Er habe ihr die letzten Jahre häufig ernste Vorstellungen über ihr schamloses Verhalten gemacht und sie habe schliesslich auch „gestanden", dass sie sich mit Anderen abgegeben, wie er aus ihren Reden habe entnehmen können. Mit den Gehülfen habe sie sogar sich eingelassen, der eine habe so eigenthümlich gehustet, wenn er ihn nach etwas gefragt, oder die Frau habe sich in auffälliger Weise auf die Seite der Gehülfen gestellt, wenn Unregelmässigkeiten in der Arbeit vorgekommen seien. Die letzte Zeit habe die Frau es besonders arg getrieben, und er habe seinen Ekel über ihr Treiben mehrfach dadurch gezeigt, dass er ihre Genitalien bespuckt hätte. Eines Tages dann, als er sie wieder zur Rede gestellt, sei sie aus dem Hause gelaufen und erst nach mehreren Tagen zurückgekehrt, sei bei den Pastoren, in Düsseldorf und sonstwo gewesen. Der Pastor sei selbst in sein Haus gekommen und habe ihm Vorstellungen gemacht und dabei geäussert: „Sie haben doch eine so liebe Frau."



Das sei ihm schon verdächtig gewesen; und als er Abends mit ihr habe geschlechtlich verkehren wollen, seien ihm ihre Geschlechtstheile ganz verändert vorgekommen. Er habe sie untersucht und gefunden, dass die Geschlechtstheile „ganz heraus gezogen gewesen wären." Er habe von ihr herauszubekommen gesucht, woher das sei, aber sie habe zuerst nichts gesagt. 8 Tage hindurch habe er sie jeden Tag eindringlich gefragt, bei wem sie war, endlich habe sie gestanden, sie sei beim Pastor gewesen und dieser habe zu ihr gesagt, „o lieb so lang Du lieben kannst"; einmal habe sie auch etwas geäussert, als wenn es Liebe gewesen wäre, was sie getrieben hätten. Sie sei auch bei seinen Nachforschungen blass geworden und habe ihn wie verstohlen angeschaut. Der Pastor habe übrigens auch einen sehr verdächtigen Ausschlag auf der Stirn gehabt, so dass an dem Verkehr zwischen ihm und seiner Frau kein Zweifel mehr bestehen konnten. Er sei nun zum Pastor gegangen und habe ihn direct zur Rede gestellt; ebenso habe er der Staatsanwaltschaft Anzeige gemacht. Es würde wohl zur Scheidung kommen; freilich wenn die Frau beschwöre, dass sie nichts gethan, so würde er mit ihr weiter zusammenzuleben gezwungen.

Patient hat dann während seines Anstaltsaufenthaltes immer in derselben Weise und mit denselben Ausdrücken sein System wiederholt und sowohl mündlich wie schriftlich die vermeintlichen Beweise für die Richtigkeit seiner Behauptungen entwickelt; ab und zu brachte er retrospectiv noch einige andere Momente zur Begründung vor, sie waren jedoch immer ganz ähnliche wie die vorhin angeführten; sie beruhen auf verkehrten und wahnhaften Auffassungen von Gehörtem und Gesehenem, krankhaften Umdeutungen, Erinnerungsfälschungen u. dergl. Patient hielt sich für vollkommen gesund, betrachtete es als ein schweres Unrecht, dass man ihn in die Anstalt gebracht, anstatt gegen die Frau vorzugehen, rühmte seine Vorzüge immer sehr im Gegensatz zu den schlechten Eigenschaften seiner Frau, war leicht geneigt anzunehmen, dass man sich von seiner Frau beeinflussen liesse und sich auf ihre Seite stelle, wenn man ihn für krank hielt. Andere Wahnvorstellungen, als die, welche sich auf die eheliche Untreue bezogen, waren nie zu eruiren. —

Der Kranke wurde im Ganzen ruhiger, er erholte sich körperlich; der Schlaf wurde regelmässig; doch blieb der psychische Zustand derselbe. — Er wähnte sogar, dass, während er sich in der Anstalt befand, seine Frau unterdessen ihr Treiben fortsetze, wofür er allerlei Anzeichen bei Besuchen etc. gewonnen zu haben angab; er meinte ferner, dass er genau wissen werde, ob — seine Frau sah nämlich der Niederkunft entgegen — das zu erwartende Kind von ihm sei oder nicht, je nachdem es so und so viel Tage früher oder später zur Welt kommen würde. — Zeitweise versuchte er wohl zu dissimuliren, um dadurch seine Entlassung zu bewirken, aber es gelang ihm dies nur sehr unvollkommen. Er versprach auch häufiger, er wolle von Allem schweigen, es solle Alles vergessen sein, er wolle mit der Frau wieder zusammenleben, wenn sie Besserung verspräche, doch bald darauf äusserte er sich wieder entgegengesetzt. Er kam von Grafenberg in eine andre Anstalt.

M. H. Ich brauche Ihnen hier nicht noch über alle die anderen Fälle zu berichten, da sie alle mit dem vorgetragenen selbst bis in die kleinsten Züge übereinstimmen. Es ist bei allen die allmähliche Entwicklung aus krankhaftem Misstrauen heraus, die gleiche Art des Fortschreitens von dem ersten Auftauchen des Verdachtes bis zum ausgesprochenen Wahn; dieselbe Art der Verdächtigungen, die gleiche Herleitung derselben, die gleiche Art des Vorgehens der Kranken, der Motivirung ihrer Wahnideen zu beobachten. — Ueber die Aetiologie bei diesen eigenartigen Fällen ist nicht immer Bestimmtes zu eruiren. Meist aber finden wir eine neurasthenische Grundlage wie bei dem erwähnten Falle und können annehmen, dass auch hier Störungen im sexuellen Leben, wie sie die Neurasthenie mit sich bringt, auf der einen Seite, und auf der andern Seite eine auffallende Frigiditas uxoris, die zumeist angegeben wurde, bei den disponirten Individuen zur Entstehung der krankhaften psychischen Erscheinungen geführt haben. Die von mir beobachteten Fälle betrafen sämmtlich Männer. Interessant war in einem Falle noch, dass mit der Psychose zusammen eine spinale Muskelatrophie sich fand. —

Dieser Kranke war ein bei Beginn der psychischen Erkrankung 59 Jahre alter Mann ohne erbliche Belastung und ohne Alcoholismus. Er war Agent, hatte viele geschäftlichen Sorgen gehabt. — Er hatte die höhere Schule besucht und das einjährige Zeugniss erlangt. Mit 15 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung; in den letzten 10 Jahren häufig Rheumatismus. — Seit 1871 verheirathet; Ehe glücklich bis zur Erkrankung vor einem Jahre; 7 gesunde Kinder. — Seit 2 Jahren war er reizbarer und aufgeregt, litt an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. — Seit 1 Jahr warf er der Frau eheliche Untreue vor, beobachtete sie auf Schritt und Tritt, inspicirte den Abort, und weil daselbst Spuren von Mehl sich fanden, glaubte er, seine Frau habe sich mit Conditorgehülfen aus dem Hause abgegeben. Dann sollte sie mit einem Schneider vom Hinterhause ein



Verhältniss angefangen haben und so fort. Er hielt die Kinder nicht für die seinigen, nannte in ihrer Gegenwart seine Frau eine Hure, quälte sie beständig und schlug sie, so dass die erwachsenen Kinder sich in's Mittel legen mussten. Er wollte vom Kreisphysikus die Genitalien seiner Frau untersucht haben; die Untersuchung des Hausarztes, welcher sich die Frau zu seiner Beruhigung unterziehen wollte, lehnte er ab, weil sie mit ihm im Einverständniss sein könnte. Aus der Weite und Schlüpfrigkeit der Genitalien schloss er, dass seine Behauptungen begründet seien. — Er glaubte, da er zuweilen fest und besser, als gewöhnlich schlief, annehmen zu müssen, dass die Frau ihm irgend ein Schlafpulver gäbe, damit sie ungestört mit dem Hausherrn Nachts verkehren könnte. Er machte Zeichen an das Schuhwerk der Frau, an die Thür der Wohnung, um sie zu überführen, suchte sie auf der Strasse abzufassen, meinte zu sehen, wie Leute, die gegenüber in einem Hause am Fenster waren, mit ihr sich verständigten u. s. w. Da er keine Beweise fand, so machte er weitere Schlussfolgerungen über die Art des Verkehrs Fremder mit seiner Frau. In der Anstalt producirte er sogleich alle seine Wahnideen von der ehelichen Untreue seiner Frau und gab noch erläuternd an: Es sei ihm schon seit längerer Zeit aufgefallen, dass seine Frau ihm nicht mehr so offen in's Gesicht gesehen; sie habe ihn oft wie lauernd und ängstlich angeschaut, als ob sie fragen wollte, ob er noch nichts gemerkt habe. Das sei ihm doch sehr bedenklich vorgekommen, und wenn er sie deswegen gefragt, so habe sie ausweichend geantwortet. — Dann habe er eines Abends, als er Briefe zur Post gebracht, seine Frau erblickt, wie sie in eine andere Strasse bog. Er habe ihr den Weg abschneiden wollen, sie aber nicht erwischen können. Zu Hause angekommen habe er sie schon angetroffen, und sie habe Alles abgeleugnet. Dass er bei dieser Sachlage sehr erregt geworden sei und sie oft zur Rede gestellt, sei doch verständlich. — Sie habe, wie ihm auffiel, seit Langem schon Schwierigkeiten gemacht, wenn er mit ihr habe verkehren wollen. Ferner wäre es ihm sonderbar gewesen, dass sie eines Tages, von der Beichte zurückgekehrt, zu ihm gekommen sei und ihn um Verzeihung gebeten habe. Er habe nicht gefragt, warum, habe es sich aber denken können. Selbst der eine Sohn habe einmal bei Tisch gesagt, „der Carl (der jüngere Sohn) ist ganz aus der Art geschlagen"; also sogar dem Sohn sei es aufgefallen, dass es mit der Mutter nicht stimme. —

Patient hielt sich äusserlich geordnet, protestirte jedoch öfters gegen die unrechtmässige Internirung. Zuweilen sollte alles vergessen sein, er wollte mit der Frau wieder in Frieden zusammenleben; bald darnach wieder brachte er erregt seine Wahnideen alle in gleicher Weise vor. — Der geistige Zustand blieb bis zu seiner Ueberführung in eine Pflegeanstalt (Mai 1901) unverändert. — Körperlich zeigte Patient immer eine etwas cachectische Gesichtsfarbe, reducirten Ernährungszustand, hatte oft schlechten Schlaf und wies zunehmende Atrophie der Muskeln der linken Hand, mit characteristischer Stellung derselben, Atrophie der Vorderarmmuskeln und der Schultermuskulatur auf; Entartungsreaction in den atrophischen Muskelgebieten; keine Sensibilitätsstörung. —

Die Uebereinstimmung dieses psychischen Krankheitsbildes mit dem oben mitgetheilten Falle wird sofort einleuchten. —

Der Verlauf der geschilderten Erkrankung ist, wie es die paranoische Natur derselben nicht anders erwarten lässt, ein ungünstiger. Der Wahn bleibt ein stationärer und damit die feindselige Abneigung gegen die Ehefrau und die mit ihr verdächtigten Personen.

Es erübrigt noch auf die forensische Bedeutung dieser Fälle einzugehen. Die Kranken lassen sich in Folge ihres Wahns zu sehr bedenklichen und gewaltthätigen Handlungen hinreissen; und in allen Fällen zwang das drohende und brutale Verhalten der Kranken zur Unterbringung in die Anstalt. Bei Delikten wird daher auch der Nachweis des Zusammenhanges der criminellen Handlungen mit dem Wahnsystem immer zu führen und die Zurechnungsfähigkeit hier stets auszuschliessen sein.

Kommt in civilrechtlicher Beziehung die Entmündigung in Frage, so wird es nicht immer leicht sein, den Richter davon zu überzeugen, dass die vorhandene Geistesstörung — mag man sich für Geisteskrankheit oder Geistesschwäche entscheiden, — den Betreffenden unfähig mache, seine Angelegenheiten zu besorgen, zumal die Kranken gewöhnlich ihrer beruflichen Thätigkeit durchaus gewachsen gewesen sind und weiter nachzugehen wohl im Stande wären. Der Richter ist geneigt, besonders wenn beim gerichtlichen Termin, wie in dem einen mitgetheilten Falle, der Kranke nicht mit der Sprache herausrückt und Alles als gar nicht so schlimm hinzustellen sucht, nur an übertriebene Eifersucht und keine Geistesstörung zu glauben. Und doch bedürfen vor Allem die von dem Kranken gehasste Ehefrau und die nicht als die seinigen anerkannten Kinder des Schutzes vor Benachtheiligung und Vermögensverlusten, die der Kranke in Folge seiner Wahnvorstellungen ihnen sehr leicht zufügen kann; ferner kann die Entmündigung bei Zeiten empfehlenswerth sein, weil solche Kranke gegen ihren Anstaltsaufenthalt lebhaft protestiren und bald

dazu kommen, Rechtsanwälte in Bewegung zu setzen, die Staatsanwaltschaft anzurufen u. s. w. und endlich auch deswegen, weil bei dem ehelichen Zerwürfniss die Angehörigen beider Ehegatten Partei ergreifen für den einen und gegen den andern Theil, und so der Ehefrau, wie der Anstalt grosse Unannehmlichkeiten erwachsen können.

Beim Antrag auf Ehescheidung wird, wenn die ausgesprochene Krankheit 3 Jahre unverändert bestanden hat, das Gutachten ohne Bedenken dahin lauten können, dass die Aussicht auf Wiedergenesung nicht besteht und dass gerade bei dieser geistigen Erkrankung die Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ausgeschlossen ist.

Mittheilungen.

— **Baden.** Das Badische Ministerium des Innern hat verfügt, dass in den Fällen der Versetzung eines Geisteskranken aus einer öffentlichen Irrenanstalt in eine Kreispflegeanstalt eine nochmalige Durchführung des in § 1 der landesherrlichen Verordnung vom 3. October 1895 vorgeschriebenen Verfahrens entbehrlich ist, eine derartige Versetzung vielmehr schon zulässig ist, wenn die psychiatrische Behandlung des Kranken und seine Unterbringung in einer Irrenanstalt von dem Vorstand der öffentlichen Irrenanstalt, in welcher derselbe z. Zt. untergebracht ist, für nicht erforderlich erklärt wurde (§ 5 der citierten Verordnung). Als selbstverständlich ist dabei vorausgesetzt, dass ehe die Aufnahme des Kranken in eine Kreispflegeanstalt bei dem betreffenden Kreisausschuss oder Sonderausschuss beantragt wird, die Angehörigen bezw. der Vormund oder die Behörde, auf deren Veranlassung die Aufnahme des Geisteskranken in die Irrenanstalt s. Zt. erfolgte, von der beabsichtigten Ueberführung des Kranken in die Kreispflegeanstalt Kenntniss erhalten und binnen einer angemessenen Frist dagegen keine Einwendung erhoben haben. (Bad. Landesztg.).

Referate.

— Der Farbensinn der Thiere. Vortrag von W. A. Nagel. Wiesbaden 1901. J. F. Bergmann's Verlag.

Verf. unterwirft die früheren Experimente und Schlüsse über den Farbensinn der Thiere einer scharfen Kritik und weist unter Beibringung vielfacher neuer Gesichtspunkte ausführlich auf die Methoden zur Beseitigung der Fehler und Mängel in den Versuchsreihen hin. Auf ein Farbenunterscheidungsvermögen im Thierreich deute schon das häufige Vorkommen von Mimikry-Färbungen zu Schutz und Trutz, von Warnungs- und sexuellen Lockfarben hin, da sonst ja der biologische Zweck der Färbung, die Wirkung auf andere Organismen, unerfüllt bliebe. Wahrscheinlich sei der Farbensinn der Thiere, wenigstens der der Vögel und Säuger, dem des normalen Menschen ähnlich, aber nicht dichromatisch. Bei den Insekten wirke neben dem Geruchssinn sicher auch der Gesichtssinn bestimmend für den Blumenbesuch. Die Versuche Graber's, Bert's, Lubbock's u. a. geben über qualitative Unterschiede in der Reizwirkung der Strahlen verschiedener Brechbarkeit und damit über die Existenz von Farbensinn bei Thieren keinen sicheren Aufschluss. Nothwendig hierzu wären modificierte systematische Versuchsreihen mit verschiedenfarbigen Helligkeits- und Sättigungsabstufungen und der Vergleich mit Grauschattierungen. Bei den Reaktionen der Thiere auf Licht handle es sich nicht etwa um einen mit dem pflanzlichen identischen Heliotropismus (Loeb), sondern um „Photokinese". Zur Ermittelung quantitativer Unterschiede der Reizwirkung verschiedenfarbiger Lichter bedarf es noch eigentlich messender Methoden. Solche bieten sich hauptsächlich dar in den Erscheinungen der Pupillarreaction und der Actionsströme der Netzhaut bei Lichteinfall am enucliirten dunkeln, bezw. helladaptierten Auge geeigneter Versuchsthiere. Doch lässt sich das Vermögen einer Farbenunterscheidung „nur aus dem Benehmen und der Reaction des lebenden Thieres als eines selbstthätig handelnden Individuums erschliessen".

Hahn-Hubertusburg.

— Kornfeld, Hermann. Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige. 64 S. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1901. 2 Mk.

Die vorliegende Brochure bringt einmal einige für die Frage der Entmündigung wichtige §§ aus dem B. G. B., die das Entmündigungsverfahren betreffenden §§ der Zivilprozessordnung und des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit, die bekannte Ministerialverfügung vom 28. XI. 1899 (cf. diese Zeitschrift, Beilage zu Nr. 38 des I. Jahrgangs) sowie einen Theil der Reichsgerichtsentscheidung zum Abdruck, nach der Gemeingefährlichkeit an sich kein Grund zur Entmündigung ist. Sodann werden fünf in Entmündigungssachen von Prof. Neumann seinerzeit erstattete Gutachten beigefügt, in deren Wiedergabe sich anscheinend noch ein Fehler (Gutachten III) eingeschlichen hat.

Der Rest, etwa 14 Seiten, enthält die eigenen Ausführungen des V., die sich zum grossen Theil mit der Darlegung seiner Auffassung von dem Wesen der Geistesstörungen befassen. Es sei nicht gelungen, die Geisteskrankheiten als eine Gehirnkrankheit objectiv nachzuweisen; der Geist des Menschen sei jedenfalls nicht an irgend ein festes Gewebe gebunden. „Den ganzen Körper durchdringend muss er (sc. der Geist) allerdings und kann nur durch Körpertheile „vermittelt" sein; und zwar bei Thieren und Menschen durch das gleiche Körperorgan, nämlich nur durch dasselbe, das auch alle Stoffe, die den Körper bilden und erhalten, erst



passieren müssen: das Blut. Nichts ist im Geist wie im Körper, was nicht vorher im Blut war." In einem Nachtrage sucht V. aus der Bibel noch weitere Beweise zu erbringen für „die Richtigkeit seiner Auffassung des Blutes als desjenigen Organs, welches den Motor auch der geistigen Organe darstellt." Ob die Frage nach dem Wesen der Geistesstörungen von Belang ist für ihre civilrechtliche Bedeutung, möge dahingestellt bleiben; jedenfalls glaubt Ref., dass die Zahl der Psychiater, die dem V. beistimmen werden, recht gering sein wird.

Auch andern Ausführungen aus dem Gebiete der klinischen und forensischen Psychiatrie wird man nicht unbedingt beipflichten können. So meint V., dass die progressive Paralyse „eine nur dem männlichen Geschlecht eigenthümliche Krankheit" ist; dass „die eigentliche Hysterie nur beim weiblichen Geschlecht wegen ihrer Ursache (Störungen der Geschlechtsphäre) möglich" ist. Ebensowenig wird man mit dem V. eine Trennung zwischen dem angeborenen und erworbenen Schwachsinn für grundlegend halten mit Rücksicht darauf, dass der erstere keinen eigentlichen Irrsinn darbiete; und ob dieser Unterschied in dem § 6 des B. G. B. zum Ausdruck gebracht ist, erscheint Ref. zum mindesten noch recht zweifelhaft. Es hätte sicherlich im Interesse der Juristen und Sachverständigen, für welche die Brochure bestimmt ist, gelegen, der Frage näher zu treten, warum in dem einen Falle Geisteskrankheit, warum in dem andern Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes vorliegt.

Wenn V. hervorhebt, es handle sich bei der Entmündigung nur darum, festzustellen, ob der zu Entmündigende noch gesund genug sei, um einer Bevormundung nicht zu bedürfen, so trifft das sicherlich zu und ist nicht oft und scharf genug zu betonen.

Ernst Schultze.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

American Journal of Insanity, Juli 1901 enthält:

Chas. E. Woodruff: An Anthropological Study of the Small Brain of Civilized Man and its Evolution.

P. M. Wise: Presidential Address, Delivered at the Annual Meeting of the American Medico-Psychological Association, Held at Milwaukee, Wis., June 11—14, 1901.

A. H. Harrington u. W. L. Worcester: Cerebral Hemiatrophy in an Adult, with Hemiplegia and Aphasia.

Walter Channing: Dispensary Treatment of Mental Diseases.

Albert E. Brownrigg: A General View of Dementia Precox.

Wm. Rush Dunton, Jr.: Experience with Chloretone.

Francis M. Hamlin: Schools for the Insane.

Frederick L. Hills: A Statistical Study of One Thousand Patients.

American Medico-Psychological Association: Proceedings of the Fifty-seventh Annual Meeting

A Letter from Esquirol and a Prescription from Rush.

Erwiderung
in Sachen „Zellenlose Behandlung".

Auf die wenig geschmackvolle persönliche Auslassung des Herrn Siemens, welche nichts weniger als eine Antwort auf meine ganz allgemein gehaltenen sachlichen Ausführungen enthält, (s. Nachschr. zu meinem Autoreferat in Nr. 25 d. Bl.) entgegne ich zur Steuer der Wahrheit:

Herr Siemens irrt

1) wenn er behauptet, ich fordere „mit einem Schlage" eine Umwandlung aller zur Zeit bestehenden irrenärztlichen Verhältnisse. Im Gegentheil habe ich stets die Nothwendigkeit einer allmälig unserem Ziel zustrebenden Entwickelung betont. Wörtlich heisst es unmittelbar vorher in meinem Referat (S. 260 in Nr. 25 d. B.): „Man sollte auch bei uns wenigstens sagen: Wir halten die Erreichung dieses Ziels wohl für möglich, aber die Vorbedingungen dazu sind z. Z. noch nicht überall gegeben, statt resignirt zu erklären: Hier ist unserem ärztlichen Wollen und Können eine unüberwindliche Schranke gesetzt;" und kurz darauf: „Das sind aber Alles rein äusserliche Fragen, die ihre Lösung mit der Zeit finden werden";

2) wenn er den Glauben zu erwecken sucht, wir bedienten uns in unserer Anstalt der „gewaltsamen längeren Festhaltung im Bade." Ich stelle fest, dass weder in mündlicher noch schriftlicher Erörterung dieser Frage ein **solches** Verfahren **je** von mir geübt, gebilligt oder gar empfohlen wurde;

3) wenn er den Schein hervorzurufen sucht, die „zwangsweise Einpackung in feuchte Laken" sei eine bei uns gebräuchliche „Zwangsmassregel". Herr Siemens würde, wenn ihm die Litteratur über diesen Gegenstand bekannt wäre, wissen, dass bei uns „feuchte Einpackungen" in den letzten Jahren nur noch ganz vereinzelt zur Anwendung kamen und — wie übrigens auch früher — immer nur dann, wenn von seiten des Kranken kein Widerstand geboten und die Verordnung als eine therapeutische Massnahme begriffen wurde". (S. diese Wochenschr. 1901, Nr. 40, und 1900, Nr. 12);

4) wenn er am Schlusse seiner persönlich zugespitzten Bemerkungen von „Chloroformirung der aufgeregten Kranken als Ersatz der Isolirung" spricht, so fehlt mir für diese Muthmassung jede begründete Erklärung, da bisher von mir an keiner Stelle dieses Mittels Erwähnung gethan wurde.

Ich bemerke schliesslich, dass mich Herr Siemens auch in Zukunft nicht hindern wird, Kritik zu üben und an der Weiterentwicklung der Irrenfürsorge mitzuarbeiten, unbekümmert um unberechtigte Eigenbeziehungen und Missdeutungen Andersdenkender.

Wattenberg-Lübeck.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) | **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. | **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. | **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 28. 5. Oktober. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Epileptiker-Anstalt oder Nervenheilstätte?

Gutachten, erstattet dem Verein norddeutscher Irrenärzte

von *Dr. Bratz*, Berlin-Wuhlgarten.

Der Verein norddeutscher Irrenärzte ist im Einverständniss mit der Schleswig-Holstein'schen Aerztekammer in wiederholte Erwägungen eingetreten mit dem Ziele, die Epileptiker der Provinz Schleswig-Holstein sowie der Nachbarstaaten Hamburg, Lübeck und Oldenburg in einer gemeinsamen Sonderanstalt unterzubringen. —

Der Verein ersucht mich im Verlaufe der bezüglichen Verhandlungen um eine gutachtliche Aeusserung, ob es sich empfehle, eine Anstalt nur für Epileptiker zu bauen. Ich beehre mich, diesem ehrenvollen Auftrage, gestützt auf die in der Litteratur niedergelegten Anschauungen und auf eine eigene siebenjährige Erfahrung an der Epileptikeranstalt Wuhlgarten, nachzukommen. Allerdings lassen sich die hiesigen Verhältnisse keinesfalls ohne Weiteres auf die dort geplante Heilstätte übertragen. Die Anstalt Wuhlgarten hat sich nämlich in enger Anpassung an die Verhältnisse der Grossstadt entwickelt und manche Grundlagen der hiesigen Organisation wie der rasche Wechsel des Krankenmaterials, der starke Prozentsatz bestrafter und gefährlicher Elemente dürften in diesem Umfange nur für Berlin zutreffen. Wohl aber kann ich zur Beurtheilung der mir gestellten Frage, ob die Gründung einer Anstalt nur für Epileptische zweckmässig und empfehlenswerth sei, die hier gesammelten Erfahrungen verwerthen, indem ich sie möglichst den Erfordernissen der Pflege der dortigen Kranken anpasse.

I. In erster Linie möchte ich, eingehend und entschieden der Anschauung entgegentreten, dass bei dem heutigen Stand der Dinge die Epileptiker noch in den gewöhnlichen Irrenanstalten zweckmässig verpflegt werden. Wattenberg empfahl in der dortseitigen Diskussion, welche zur Einholung auch dieses Gutachtens führte, von einer neuen Sonderanstalt überhaupt abzusehen, und die Epileptiker auch in Zukunft in den Irrenanstalten zu belassen. Es könnten nun unsere späteren Vorschläge, der Epileptikeranstalt auch nicht-epileptische Nerven- und Geisteskranke zuzumischen, den Anschein erwecken, als ob sie der Wattenberg'schen Anschauung entgegen kämen. Dem gegenüber möchte ich von vornherein betonen, dass in der zu gründenden Sonderanstalt jedenfalls die Mehrzahl der Kranken Epileptiker sein würden, und dass diese Epileptiker zweifellos hier besser untergebracht sind als in der Irrenanstalt. Das Preussische Gesetz vom Jahre 1891 führt der Anstaltspflege eine grosse Anzahl von Epileptikern zu, welche zwar wegen einer mehr oder minder aus-



gesprochenen intellectuellen Schwäche und wegen krankhafter Erregbarkeit im klinischen Sinne auch psychisch krank anzusehen sind, welche aber ausserhalb ihrer Anfälle klar, einsichtig und geordnet leben, und welche mit Recht deshalb von Geisteskranken im gewöhnlichen Sinne des Wortes unterschieden werden. Es erscheint unzweckmässig und unseren Rechtsverhältnissen nicht entsprechend, eine grosse Anzahl solcher Kranken, welche zumeist nicht im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches unvermögend sind, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, und welche also nicht entmündigt werden können, mit einer überwiegenden Zahl von Geisteskranken zusammen in einer Irrenanstalt zu verpflegen. Viel besser werden sie in einer Anstalt leben, wo sie selbst in der Mehrheit sind und nur wenige Nerven- und Geisteskranke neben sich haben, deren Leidensgefährten sie wegen ihrer Nervenerkrankung sind. Solche geistig klaren Epileptiker werden sich niemals inmitten zahlreicher, wenn auch ruhiger Paranoiker und Secundär-Dementer wohl fühlen. Wie schon von Degenkolb hervorgehoben ist, kann auf den kleinen Landhäusern einer Sonderanstalt die Bewegungsfreiheit solcher Kranken grösser sein, als selbst in der kolonialen Irrenanstalt. Das Leben und Treiben auf den Landhäusern der Epileptikerheilstätte sollte jeder studieren, der berufen ist, bei der Neueinrichtung einer derartigen Institution mitzuwirken. Nur in kleinen, 25—40 Kranke beherbergenden Villen ist es möglich, fortwährend die reizbaren und unverträglichen Elemente zu trennen; je nach eintretendem Bedürfniss neue Krankenkategorieen, z. B. Sieche, Halberwachsene, Anfallsfreie in besonderen Häusern zu vereinigen; überhaupt alle nothwendig werdenden Abstufungen für das sociale Zusammenleben geistig klarer und deshalb in dieser Beziehung mit grösserem Rechte anspruchsvoller Patienten durchzuführen. In diesen Landhäusern liegt abgesehen von der Kinderabtheilung das eigentlich Specifische der Epileptikeranstalt. Dieser Charakter sollte ihr auf jeden Fall erhalten bleiben und auch die Auswahl des Krankenmaterials wie die bauliche Anlage in erster Linie mitbestimmen. Die Erfahrung in Wuhlgarten hat gezeigt, dass die Epileptiker in grösserem Maasse arbeits- und leistungsfähig sind, als die Kranken einer Irrenanstalt. Ein eigenes, nicht zu knapp bemessenes Werkstattsgebäude ist daher neben der Landwirthschaft als ein dringendes Erforderniss für die dortseitig geplante Anstalt zu bezeichnen. Ausser den Landhäusern ist ein geschlossenes Haus für Unruhige nothwendig, wohin die Epileptiker während ihrer vorübergehenden Verwirrungs- und Erregungszustände zeitweilig gebracht werden können. Nur bei grösserer Zahl von Kranken (über 600) und reichlich fliessenden Mitteln wäre ausserhalb dieses geschlossenen Hauses noch ein eigenes Gebäude als Aufnahme- (klinische) Abtheilung zu errichten.

Da der Beginn der Epilepsie zum grossen Theil in das Kindesalter fällt, braucht die Epileptikeranstalt ferner eine besondere Kinderabtheilung mit Schuleinrichtungen. Es muss besonders hervorgehoben werden, dass gerade die wenigen heilbaren Fälle von Epilepsie meist im jugendlichen Alter zu suchen sind, dass schon deshalb eine vollkommene Kinderabtheilung die Epileptikeranstalt erst zu einer wahrhaft humanen Gründung stempelt. Bei einer stärkeren Belegung der Kinderabtheilung würde Platz für die spätere Errichtung einer Infektionsbaracke vorzusehen sein.

Nur die allgemeinsten Umrisse eines Bauprogramms sind damit berührt worden, soweit sie für die Auswahl des Krankenmaterials eine Vorbedingung darstellen. Innerhalb solcher baulichen Anlagen und innerhalb des geschilderten Charakters der Epileptikeranstalt wird man gut thun, chronisch-geisteskranke und dauernd unruhige, sowie verbrecherisch-gefährliche Epileptiker von Zeit zu Zeit in die Irrenanstalten zu evakuieren. Eine solche Praxis hat sich in der Potsdamer Anstalt, sowie in der Craig Colony für Epileptische des Staates New York und im Ohio Hospital bewährt.

II. Des Weiteren lehrt die Entwicklung von Wuhlgarten deutlich, dass jede Anstalt für Epileptiker zu einer Heilstätte für Krampfkranke aller Art auswächst. Ausser Epileptikern haben in Wuhlgarten alle Formen von Hysterie und Hystero-Epilepsie mit Krampfanfällen, organische Hirnerkrankungen, seltener auch Chorea und Paralysis agitans Aufnahme gefunden. Ich habe dieser auch schon von Alt gegebenen Aufzählung aus der hiesigen Erfahrung hinzuzufügen, dass in eine Heilstätte für Krampfleidende, welche eine Grossstadt (dort Hamburg!) in ihrem Rekrutirungsbezirk enthält, neben eigentlichen Epileptikern ein grosser Bruchtheil von Säufern wegen ihrer Convulsionen gelangen. Diese Potatoren erleiden in der Abstinenz der Anstalt keinen Anfall mehr, tragen aber, wie das hier für Kenner der Klinik und der Behandlung des Alkoholismus nicht näher auseinandergesetzt zu werden braucht, der Anstalt einen ganz neuen Charakter zu. Eine regelmässige Entlassung oder Ueberführung all der genannten Krankenkategorien, jedesmal nach Feststellung der Diagnose, würde gewiss insbesondere auch dort viele Misshelligkeiten zur Folge haben.

Was das Zusammenleben von Hysterischen mit Epileptikern anbetrifft, so habe ich in der Anstalt Wuhlgarten bei einer ziemlich reichen Zumischung von Hysterischen allerdings das Unbehagen der letzteren



Neuaufgenommenen beim Anblick von Krampfanfällen des Oefteren beobachten können. Eine wirkliche gesundheitliche Schädigung aber der Hysterischen hat sich hier, wie wohl in jeder die Durchführung einer Trennung zulassenden Anstalt, vermeiden lassen, indem wir alsbald die betreffenden Hysterischen mit Potatoren und anderen krampffreien Kranken zusammen wohnen liessen. Nicht selten vergehen ja bei neuaufgenommenen, insbesondere jugendlichen Hysterischen Wochen und Monate, bis gelegentlich eines Besuches der Angehörigen und der nun möglichen Erkundung der Anamnese überhaupt erst die Diagnose „Hysterie" gestellt werden kann. Während dieser Zeit hat sich das Gesammtbefinden erheblich gebessert und Anfälle sind nicht wieder aufgetreten. Aus dem Lümmel ist ein arbeitsfrischer Geselle geworden. Man wird sich schwer entschliessen, einen solchen hysterischen Lehrling, der nur noch die letzte Festigung der neu erworbenen Gesundheit an der Hobelbank oder bei der Feldarbeit zu gewinnen braucht, nunmehr wegen Feststellung der Diagnose zu evacuiren. Weniger ins Gewicht fällt, dass gelegentlich auch die ersten Stadien der progressiven Paralyse, wenn sie durch Schwindel- oder Krampfanfälle in die Erscheinung treten, irrthümlicher Weise einer solchen Anstalt zugeführt und dann meist auch hier ohne Schwierigkeiten verpflegt werden. Unter Berücksichtigung all' dieser in der Praxis nicht zu umgehenden Verhältnisse wird (hier stimmen wir wörtlich mit Alt überein) eine Anstalt, die im Wesentlichen eine Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische sein soll, zweckmässig auch gleichzeitig zur Aufnahme anderer Krampfleidenden bestimmungsgemäss einzurichten sein. Man sollte von vornherein bei der engsten, überhaupt möglichen Auswahl des Krankenmaterials nicht von einer Anstalt für Epileptische, sondern von einer solchen für Krampfkranke sprechen.

III. Soweit decken sich die Wuhlgartener Erfahrungen fast vollkommen mit den Alt'schen Anschauungen. Alt fordert nun ferner für eine solche Anstalt eine gewisse Zumischung von Geistes- und Nervenkranken aller Art. Er begründet seine Forderungen einmal mit der dadurch gegebenen besseren Ausbildung des Wartepersonals. Zweitens verweist er darauf, dass dann die Anstalt auch eher im Stande sein würde, tüchtige Aerzte heranzuziehen und zu fesseln. Dieser wichtige Punkt kann kaum klarer als durch folgende Ausführungen Alt's beleuchtet werden: „Es kann Niemand ein tüchtiger Specialarzt für Epilepsie werden, der nicht gleichzeitig eine gründliche Ausbildung auf dem Gebiete der gesammten Nerven- und Irren-Heilkunde geniesst. Tüchtige und strebsame Aerzte, die das Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten aus innerem Bedürfniss als ständiges Arbeitsfeld erwählen und zu ihrem Lebenslauf machen, werden nur dann zu gewinnen sein, wenn ihnen Gelegenheit zu möglichst vielseitiger Ausbildung gegeben ist.

Eine Anstalt, die dazu keine ausreichende Gelegenheit bietet, wird entweder fortwährend mit einem höchst störenden Wechsel im Aerztepersonal zu rechnen haben und schon aus diesem Grunde ihre Aufgabe nur unvollkommen erfüllen oder schliesslich zu einer Sinekure für bequeme Herren herabsinken. Es darf überdies nicht unberücksichtigt bleiben, dass ein Arzt, der an einer nur für Epileptische uud nicht für Geisteskranke eingerichteten Anstalt thätig ist, erheblich weniger Avancementsaussichten haben wird, als ein allseitig ausgebildeter Psychiater."

Die Erfahrung hat diese Ausführungen Alt's bestätigt. Das muss im Interesse der Sache offen ausgesprochen werden, so unthunlich es ist, all zu nahe auf thatsächliche Verhältnisse einzugehen. In einer preussischen Provinz schweben z. B. behördliche Verhandlungen wegen der Regelung des Avancements und des Austausches der Aerzte der Prov.-Epileptikeranstalt gegenüber den Collegen der Irrenanstalten. Es ist klar, dass Aerzte, welche keine befriedigende Thätigkeit und keine geregelten Lebensaussichten haben, im Allgemeinen auch ihren Kranken weniger sein werden. Wenn man umgekehrt bei der Organisation einer solchen Anstalt eine innere Harmonie aller leitenden und mitwirkenden Kräfte erzielen kann, so wird man am besten auch für die Kranken sorgen.

Alt schlägt mit Rücksicht auf diese Punkte vor, der Anstalt für Epileptische etwa ein Fünftel nicht-epileptischer Geisteskranker zuzuführen. Ferner hat er der Anstalt Uchtspringe aus ähnlichen Erwägungen eine Poliklinik für Nervenkranke aller Art angegliedert. Endlich empfiehlt er für eine solche Anstalt die Bezeichnung „(Provinzial-) Nerven-Heilanstalt".

Für eine Entscheidung dieser wichtigen Frage können meines Erachtens die Berliner Verhältnisse nicht maassgebend sein, in denen den Aerzten einer Anstalt zugleich reichliche Gelegenheit zur Ausbildung an nahen anderen Instituten gegeben ist. Die dortige Anstalt dürfte vielmehr in ländlicher Umgebung ziemlich fernab von wissenschaftlichen Centren errichtet werden und dürfte deshalb eine volle Berücksichtigung der Alt'schen Gesichtspunkte erheischen.

In erster Linie würde ich dabei in Ansehung des Gesammtcharakters der geplanten Anstalt vorschlagen, die Aufnahme Nervenkranker aller Art wie der hilfsbedürftigen Neurastheniker, Tabiker etc. zu-



zulassen. Für die Zuführung solcher Nervenkranken spricht auch noch ein sachlicher Grund anderer Art: Den ganzen therapeutischen Apparat der modernen Volksheilstätte für Nervenkranke, sowie deren reiche Beschäftigungsgelegenheit muss auch die Epileptikeranstalt besitzen. Es wäre zu bedauern, wenn all diese kostspieligen Einrichtungen nur vorwiegend unheilbaren Epileptikern und nicht auch heilbaren Nervenkranken zu Gute kämen.

Es muss dortseitiger Ueberlegung überlassen bleiben, wie weit etwa die Aufnahme von Nervenkranken, für welche eine Verpflichtung nicht besteht, nur gegen Zahlung des Pflegegeldes (von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) zu gestatten sei.

Was die Zumischung von Geisteskranken anlangt, so halten auch wir ein Fünftel des Gesammtbestandes für völlig genügend. Die Auswahl dieser Geisteskranken ist für die Epileptikeranstalt Uchtspringe dadurch erreicht worden, dass sie die Epileptiker der ganzen Provinz Sachsen, dagegen nur die Geisteskranken eines kleinen Bezirks aufnimmt. Ich wage nicht zu entscheiden, ob sich für die dortseitig geplante Anstalt, welche aus mehreren verschiedenartigen Verwaltungsgebieten ihr Krankenmaterial beziehen soll, eine ähnliche Einrichtung wird treffen lassen. Eine andere Möglichkeit der Auswahl der Geisteskranken bestände darin, wenn man entsprechend dem Charakter der Nervenheilstätte ihr nur leichtere Formen von Psychosen zuführte.

Ich fasse die obigen Erwägungen in folgende Sätze zusammen:

1. Seit das Preussische Gesetz von 91 eine grosse Zahl nicht-geisteskranker Epileptiker der Anstaltspflege zuführt, erscheint es ebenso unzweckmässig wie rechtlich anfechtbar, die Epileptiker in Zukunft in den Irren-Anstalten zu belassen. Die Errichtung von Sonderanstalten wird ein Bedürfniss.
2. Diese Sonderanstalten werden nach ihrem ganzen Charakter naturgemäss alle übrigen nicht-geisteskranken hilfsbedürftigen Krampf-, Nerven- und Gehirnkranken aufnehmen, so weit sie auf öffentliche Kosten verpflegt werden.
3. Die Sonderanstalt muss an baulichen Einrichtungen besitzen: Eine Kinderabtheilung mit Schule, eine grössere Zahl von Landhäusern, ein geschlossenes Haus für Unruhige, ein Werkstattsgebäude und Gebäude für die Landwirthschaft. Eventuell noch ein geschlossenes Haus als Aufnahmeabtheilung. Die Anstalt führt am besten den Namen „Nervenheilstätte".
4. Im Interesse der Ausbildung des Pflegepersonals und der Gesammtthätigkeit der Aerzte der Anstalt ist auch die Zumischung eines kleineren Bruchtheils von nicht-epileptischen Geisteskranken wünschenswerth.

Ob und in welcher Art eine solche Zumischung zu bewerkstelligen sei, lässt sich nicht allgemein beantworten, sondern hängt von den örtlichen Verhältnissen ab.

Der Verein norddeutscher Irrenärzte hat sich über das Ziel der geplanten Anstaltsgründung hinaus ein grosses Verdienst erworben, dass er ganz im Allgemeinen die Frage aufgeworfen hat, ob die Errichtung öffentlicher Sonderanstalten nur für Epileptische zweckmässig sei. Hoffentlich gelingt es dem Verein einerseits für Epileptische, Krampf- und verwandte Nervenkranke, die geeignete Versorgung zu finden, andererseits den behandelnden Aerzten dieser Kranken die Gefahr eintöniger Beschäftigung und geistiger Oede fern zu halten. Beide Erfolge werden sicher dem Wohle der Kranken dienen.

Litteratur.

Alt, Gutachten über die Zweckmässigkeit der Errichtung einer ausschliesslich für Epileptische bestimmten Anstalt. Monatsschrift für Psychiatrie 1897.*)

Alt, Allgemeines Bauprogramm zur Errichtung einer Anstalt für Epileptische und Geisteskranke. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1898, S. 59.

Kirchhoff und Wallichs, Erste Versammlung des Vereins norddeutscher Irrenärzte am 3. August 1899. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie von 1899. Seite 845.

Hansen**), Wallichs, Embden, Degenkolb, Wattenberg, Jaspersen, Reye, Rösing, zweite Versammlung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie von 1901, Seite 199.

Letchworth, Fürsorge und Behandlung der Epileptiker. New York und London, Verlag von H. P. Putnam's Sons 1900.

Bratz, Veröffentlichungen über Epilepsie und Epileptikerfürsorge. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1901, Seite 153. (Dortselbst noch weitere Litteraturangaben).

*) Herr Direktor Hansen hat auch mich vor Erstattung seines Referates, das er hoffendlich in der psychiatr. Wochenschrift veröffentlicht, gefragt, ob ich noch auf meinem früheren Standpunkt zu dieser Frage stehe. Ich habe geantwortet, dass ich meine früher entwickelte, vorstehend von Collegen Bratz auszugsweise wiedergegebene Ansicht vollauf aufrecht erhalte. Auch im Auslande wird neuerdings allgemein meine Anschauung über diesen Punkt gebilligt und verwirklicht.

Uchtspringe, den 2. Oktober 1901. Konrad Alt.

**) Herr Sanitätsrath Direktor Hansen theilt mir freundlichst mit, dass auf Grund seines Referates der Verein in seiner Majorität die in diesem Gutachten vorgetragenen Anschauungen sich zu eigen gemacht hat.



Mittheilungen.

— **Entscheidungen.** 1. (Aus „Rechtsprechung der Oberlandesgerichte." Bd. 2. S. 447. Wiederaufhebung einer Entmündigung — Querulantenwahnsinn (C. P. O. § 679).*) O. L. G. Hamburg, IV. Civ. Sen. Urtheil v. 1. 4. 01.

Nach Verwerfung der Anfechtungsklage war die vom Amtsgerichte ausgesprochene Entmündigung der Klägerin wegen Geisteskrankheit als solche rechtskräftig. Das Wiederaufhebungsverfahren wird zwar regelmässig den Zweck verfolgen, wegen inzwischen eingetretener veränderter Umstände die Wiederaufhebung der Entmündigung herbeizuführen. Es kann aber, wenn sich in diesem weiteren Verfahren findet, dass die Entmündigung seiner Zeit zu Unrecht, weil die dafür rechtlich erforderlichen Grundlagen nicht vorhanden waren, ausgesprochen wurde, nicht als ausgeschlossen erachtet werden, trotz jener formellen Sachlage, den Entmündigungsbeschluss zu beseitigen. Bei dem Entmündigungsverfahren muss in allen Stadien die Erzielung materieller Wahrheit als der leitende Grundsatz anerkannt werden, und die vielfachen Aenderungen, welche die alte C. P. O. hierbezüglich erfahren hat, beweisen, welche Wichtigkeit die Gesetzgebung jenem Grundsatze beigemessen hat. Der Richter darf aus rein formalen Gesichtspunkten eine Entmündigung nicht aufrecht erhalten, deren materielle Voraussetzungen er nicht als vorhanden ansehen kann.

Nach § 6 B. G. B. kommt es darauf an, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche in dem Maasse besteht, dass als Folge solchen Zustandes die zu entmündigende Person ihre Angelegenheiten, und zwar unterschiedslos welcher Art, in deren Gesamtheit, nicht blos etwa in einzelne oder auf einen bestimmten Kreis beschränkten Beziehungen, nicht zu besorgen imstande ist (vergl. Jur. Wochenschrift 1900 S. 848, 1901 S. 117). Auch das gemeine Recht beruht wesentlich auf demselben Grundgedanken (Entsch. des R. G. 14 S. 60; 38 S. 50; Oberappelationsgericht Lübeck, II. Ger. Z. 1875, Beibl. 117. Auch das Oberlandesgericht hat in allen Fällen der vorliegenden Art, bei denen die geistige Erkrankung sich in der symptomatischen Form des Querulantenwahnes zeigte, stets daran festgehalten, dass dieserhalb eine Entmündigung nur ausgesprochen werden dürfe, wenn solcher Wahn, den Ideenkreis, in welchem er sich von Haus aus bewegt, überschreitend, die Person in allen ihren Lebensbethätigungen erfasst habe, sie nach allen Richtungen in der Art beherrsche, dass eine allgemeine geistige Erkrankung als vorhanden angesehen werden müsse (H. Ger. Z. 1891, Beibl. 103, 1895, Beibl. 102).

— 2. (Aus „Rechtsprechung der Oberlandesgerichte." Bd. 2, S. 444—445. Ein vor 1901 Entmündigter behält den Wohnsitz da, wo er ihn z. Z. der Entmündigung hatte, und kann ihn nach 1. I. 1900 nur gemäss § 8 B. G. B. verlegen. O. L. G. Cöln, III. Civ. Sen., Urtheil v. 27. 3. 01.

*) In kurzem Auszug schon auf S. 234 mitgetheilt.

Nach Art 155 E. G. z. B. G. B. steht der vor 1900 wegen Geisteskrankheit Entmündigte jetzt einem nach den Vorschriften des B. G. B. wegen Geisteskrankheit Entmündigten gleich.

Besondere Vorschriften über den Wohnsitz solcher Personen, die in Anstalten untergebracht sind, enthält das B. G. B. nicht, es gelten also auch hierfür die allgemeinen Vorschriften der §§ 7, 8. Nach § 8 ist aber zur Begründung und Aufhebung des Wohnsitzes für einen Geschäftsunfähigen der Wille des Vormundes maassgebend. Nur das Erforderniss des Willens wird durch § 8 geregelt; die sonstigen Voraussetzungen für eine Wohnsitznahme bleiben daneben bestehen (Motive 1, S. 69). Der Wohnsitz des Beklagten vor seiner Entmündigung war A. Mit der Entmündigung hatte er nach Art. 108 C c. (code civil) zum Wohnsitz den Wohnsitz seines Vormundes erhalten und verlor dadurch, da man nach dem C. c. nur einen Wohnsitz haben konnte, seinen Wohnsitz in A. Die Klägerin behauptet nun, mit dem Aufhören der Geltung des C. c. sei der frühere Wohnsitz A. wieder zur Geltung gekommen, da der Wohnsitz beim Vormund nur eine gesetzliche Fiktion gewesen, und mit dem Aufhören des diese Fiktion bestimmenden Gesetzes auch selbst weggefallen sei. Allein der C. c. ist sofort ohne irgend welche zeitliche Unterbrechung vom B. G. B. abgelöst werden. Ist jene Fiktion mit dem Ausserkrafttreten des C. c. auch thatsächlich fortgefallen, so gehört die Rechtshandlung der Aufhebung des bisherigen und der Begründung des neuen Wohnsitzes vom 1. Januar 1900 an dem neuen Rechte an. Es muss daher die Begründung eines neuen Wohnsitzes in diesem Falle dem § 8 entsprechen (Art. 155 E. g.). Dafür aber, dass nach dem Willen des Vormundes von neuem in A. der Wohnsitz des Entmündigten begründet sein sollte, fehlt jeder Anhalt.

— **Berlin.** Zur Zeit ergeht eine Rundfrage über die Belegung der grösseren öffentlichen Krankenhäuser und Irrenanstalten, um danach bemessen zu können, wie viel Candidaten der Medicin nach abgelegter Staatsprüfung dortselbst ihr practisches Jahr verbringen können.

Voraussichtlich werden die öffentlichen Irrenanstalten, in denen ja besonders auch zum practischen Studium der Hygiene gute Gelegenheit geboten ist, zur Ausbildung der angehenden Aerzte mit in Anspruch genommen, wovon Aerztestand und Publikum gewiss Nutzen haben.

Auch der Psychiatrie und den Anstalten kann aus der Neuerung ein Gewinn entspringen. Nicht etwa deshalb, weil die Arbeitsleistung der angehenden Aerzte im Anstaltsdienst hoch anzuschlagen wäre — im ersten halben Jahr macht bekanntlich der Neuling im Umgang mit Geisteskranken seinen älteren Collegen mehr Arbeit als er gegenzuleisten im Stande ist —, sondern weil die neue Einrichtung möglicherweise, ja wahrscheinlich dem Irrenärztestand in erwünschter Weise frisches Blut zuführt. Es werden künftighin gar manche angehenden Aerzte mit der



Psychiatrie in practische Fühlung kommen und ihr Geschmack abgewinnen, die vordem verächtlich auf diesen schwierigen Sonderzweig der Heilkunde herabsahen und den Irrenarzt als einen Arzt zweiter oder gar dritter Güte betrachteten, der jedenfalls nicht in einem Athem mit anderen Specialärzten zu nennen sei. Wie ich als junger klinischer Assistent meinem mir besonders wohlwollenden und um meine medicinische Ausbildung hochverdienten academischen Lehrer und Chef den unwiderruflichen Entschluss, endgültig Psychiater zu werden, kund gab, da meinte er: „schade um das, was Sie gelernt haben". Und so wie dieser erfahrene Kliniker, dachten damals und denken jetzt noch viele Aerzte, die von der heutigen Psychiatrie, ihren Aufgaben und Anforderungen, ihren Leistungen und Segnungen wenig Vorstellung haben.

Wie manches Mal habe ich seitdem geringschätzende Bemerkungen und achselzuckende Gesten von bekannten Specialisten anderer Disciplinen über unsere „undankbare" und dabei „nicht einmal materiell lohnende" Thätigkeit wahrnehmen müssen, worauf ich allerdings die Antwort nicht schuldig blieb und stolz betonen durfte, dass kaum ein anderer Stand so viele Männer idealster Gesinnung aufzuweisen habe als der unsrige. Aber auch manches Mal wurde späterhin von einem dieser so geringschätzend von meinem Lebensberuf denkenden Collegen meine Hilfe angerufen, wenn ein lieber Verwandter oder Bekannter von ihnen erkrankt war an einer geistigen Störung, die — wie kaum ein anderes Leiden — über die Patienten und ihre Angehörigen unsagbaren Kummer zu bringen pflegt. Dann erst ging ihnen mit einem Male das Verständniss dafür auf, wie viel Leid und Elend der in bescheidener Verschwiegenheit wirkende Irrenarzt zu lindern, wieviel Sorge und Elend er abzuwehren vermag. Mehr noch als die Aerzte unterschätzen und verkennen natürlich Publikum und Behörden die beschwerliche und verantwortungsvolle Thätigkeit des Irrenarztes, der ihnen in mündlicher Erzählung und in der Presse immer und immer wieder vorgeführt wird, nicht wegen „einer glänzend verlaufenen Operation" oder einer „wunderbar gelungenen Kur", sondern einzig und allein im Zusammenhang mit einer aufgebauschten und entstellten oder gar gänzlich frei erfundenen „Schauergeschichte", die sich „wieder hinter den Mauern des Irrenhauses" abgespielt haben soll. Heutzutage spricht man noch nicht gern davon, wenn ein Angehöriger von einer psychischen Erkrankung durch die Hilfe erfahrener Irrenärzte und eines geschickten Irrenpflegepersonals genesen ist, während nicht ohne renomistische Uebertreibung der Erfolg jedes operativen, bei einem Angehörigen vorgenommenen Eingriffs ausposaunt zu werden pflegt. Wir gönnen gewiss unseren operierenden und medicinirenden Collegen Lorbeern und klingenden Sold, sind stolz darauf, dass auch ohne Aussicht auf solche viele berufenste Männer ihre Lebensaufgabe in den Dienst für die Geisteskranken gestellt haben und noch stellen, bedauern nur aufrichtig, im Interesse dieser armen Kranken feststellen zu müssen, dass neuerdings von allen Seiten berechtigte Klagen über eine unzureichende Ergänzung, ja Verkümmerung des psychiatrischen Nachwuchses laut werden.

Es besteht kaum irgendwo ein Zweifel darüber, dass von Jahr zu Jahr Zahl und Güte der Anwärter um irrenärztliche Stellen geringer geworden, sodass fortgesetzt langdauernde Vacanzen an den meisten Anstalten bestehen und ausserdem Aerzte — mangels geeigneten Ersatzes — mitgeschleppt werden, die für diesen Beruf durchaus nicht beanlagt, befähigt und geneigt sind.

Man hat neuerdings Abhilfe erstrebt durch unverhältnissmässige Erhöhung der Anfangsgehälter — die heutige Nr. 39 der Berliner klinischen Wochenschrift enthält allein 6 Ausschreibungen von Assistenzarztstellen an öffentlichen Irrenanstalten mit einem Anfangsgehalt von 1500 Mk. nebst vollkommen freier Station — mit gar keinem Erfolg als höchstens dem, dass Leute in diesen Beruf gelockt und darin sesshaft werden, die den Kampf ums Dasein scheuen und froh sind, einen Unterschlupf zu haben, ohne an ihre weitere Zukunft zu denken. Denn — und hierin ist der Grund der Vacanzen zu suchen — die irrenärztliche Laufbahn bietet heutzutage auch dem berufstüchtigsten Arzt nicht die geringste Sicherheit eines geregelten Fortkommens. Es giebt heutzutage keine einzige, akademisch gebildeten Männern vorbehaltene Laufbahn, die annähernd so kläglich und unsicher gestellt ist als die des Irrenarztes. Daher denn auch das erschreckend geringe und minderwerthige Angebot.

Wer diese betrübende Thatsache zugiebt, der kann auch nicht bezweifeln, dass die so herrlichen psychiatrischen Errungenschaften des abgelaufenen Jahrhunderts in dem zwanzigsten Jahrhundert ernsthaft gefährdet sind, weil die zu ihrer Wahrung und segensreichen Weiterbildung unentbehrlichen Aerzte nicht für den Dienst der Irrenanstalten gewonnen werden. Es ist kaum zu fassen, dass in unserer opferfreudigen Zeit, in welcher alljährlich Hunderte von Millionen zur Erbauung und Unterhaltung zeitgemässer Anstalten hingegeben werden, gekargt wird mit der Besoldung der Aerzte, welche bereit sind ihr ganzes Wissen und Können in den Dienst der Aermsten der Armen zu stellen.

Da ist es gewiss Pflicht aller betheiligten Factoren, unversäumt für die radicale Abhilfe Sorge zu tragen. Geschieht das, dann wird sicher auch durch die Neueinrichtung des einjährigen praktischen Jahres dem Stande der Irrenärzte frisches Blut zuströmen. Gewiss werden manche unter den künftigen einjährigen Praktikanten während ihres Aufenthaltes in der Anstalt der praktischen Psychiatrie Interesse, Geschmack und Liebe abgewinnen und von dem Wunsche beseelt sein, sich diesem zwar beschwerlichen aber segenbringenden Stande zu widmen. Ob sie aber dauernd oder doch für längere Zeit demselben gewonnen werden, hängt in erster Linie davon ab, ob die irrenärztliche Laufbahn endlich geregelt und in Bezug auf Einkünfte, Avancement und und sonstige Verhältnisse einigermaassen entsprechend den Opfern belohnt wird, die gerade dieser Beruf seinen Jüngern auferlegt.

Nach einer Zeitungsnotiz sollen die Landesdirectoren der preussischen Provinzen bei ihrer letzten



Jahres-Versammlung in Posen auch der Frage einer Regelung der Stellung, Besoldung und Pensionsbefähigung der Irrenärzte ihre Aufmerksamkeit gewidmet und darin übereingestimmt haben, dass hierin etwas geschehen müsse. Möge dem Vorsatz bald die That folgen! Nach welchen Grundsätzen die Aufbesserung vor sich gehen soll, ist nicht bekannt geworden. Wir betrachten es als selbstverständlich, dass allen Irrenärzten — nach einer angemessenen, vielleicht 2 bis 3jährigen provisorischen Thätigkeit — Beamteneigenschaft und geregeltes Aufrücken in einer angemessenen Gehaltsstufe, Pensionsberechtigung und Datierung der Pensionsfähigkeit vom Tage der Approbation an zuerkannt wird, dass angesichts des durch die Schwere dieses Berufs bedingten raschen Verschleisses der Kräfte das Maximalgehalt der oberen Stellen (Oberärzte) in höchstens 15 Jahren, der Endstellen (Directoren und dirigierende Oberärzte) in etwa 10 Jahren erreicht werde. Für die Weiterbildung aller Irrenärzte ist durch regelmässige Theilnahme an Fortbildungscursen, durch zeitweilige Abkommandierung an Krankeninstitute anderer Disciplinen, durch Gewährung von Reisestipendien u. s. w. in ähnlicher Weise Sorge zu tragen wie dies jetzt bereits seitens der preussischen Militärverwaltung und ausländischer Regierungen geschieht.

Sache der Staatsregierung — namentlich der preussischen als des grössten Bundesstaats — ist es, auch die Rangverhältnisse der Irrenärzte, deren Mithilfe bei Fragen der öffentlichen Sicherheit und Rechtssprechung gar nicht entbehrt werden kann, zu regeln und zu bessern. Schon längst ist es Sitte, hervorragenden Oberärzten öffentlicher Krankenanstalten durch Verleihung des Professortitels eine Anerkennung zu zollen. Dass einem hervorragenden Irrenarzt in nicht akademischer Thätigkeit eine solche Ehrung in dem letzten Dezennium zu theil geworden, ist nicht bekannt. Die einzige „Rangerhöhung", die ihm in Preussen zu theil wird, ist die „Beförderung" zum „Sanitätsrath", ein Titel, dessen Bedeutung — soweit dies überhaupt möglich war — noch gesunken ist, seitdem den übrigen beamteten Aerzten der Titel „Medicinalrath" verliehen ist. — l.

— **Leipzig.** Nach dem Voranschlag für den Haushaltsplan der neuen Heil- und Pflegeanstalt Dösen ist die Stellung des Directors, als welcher der bisherige Leiter von Untergöltzsch, Herr Obermedicinalrath Dr. Lehmann, erwählt ist, mit einem Fixum von 12000 M. Baargehalt dotiert. Die Stadt Leipzig hat somit einen erfeulichen Anfang zur Aufbesserung der wirthschaftlichen Lage der Irrenärzte gemacht. Vivant sequentes!

Referate.

— Die Trunksucht eine heilbare Krankheit, Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung des sächs. Landesverbandes gegen den Missbrauch geistiger Getränke in Döbeln am 23. Juni 1901 von Dr. med. S. Ganser, Oberarzt am Stadt-Irren- u. Siechenhause zu Dresden. Dresden, Verl. v. O. V. Böhmerdt, 1901.

Der Vortrag ist vor einer hauptsächlich aus Laien bestehenden Zuhörerschaft gehalten und zeichnet sich aus durch knappe, dem Verständniss weitester Kreise zugängliche Form. Unter strengster Vermeidung aller Uebertreibungen sind nur wissenschaftlich erwiesene Thatsachen angeführt und dabei ist die Trunksucht, ihre Entstehung, ihr Verlauf und ihre Behandlung so eingehend geschildert, dass auch der Arzt, der sich mit dem Gegenstande bereits beschäftigt hat, hieraus manche Anregung entnehmen wird.

Vf. schildert zunächst kurz die Wirkung der alkoholischen Getränke auf den Organismus und zeigt, dass der Alkohol als Nährmittel werthlos, als Arzneimittel von sehr untergeordneter Bedeutung ist und dass der lange fortgesetzte Genuss desselben greifbare krankhafte Veränderungen hervorruft. Er geht dann zur Begriffsbestimmung der „Trunksucht" über und betont, dass weder das absolute Maass des Getränke-Verbrauchs noch die äusserlich wahrnehmbaren Zeichen von Trunkenheit ein sicheres Merkmal zur Erkennung desselben bieten; characteristisch für den Trunksüchtigen ist vielmehr, dass er unausgesetzt das Verlangen nach Alkohol hat und sich nur unter Alkoholwirkung wohl und leistungsfähig fühlt, dass er ferner trotz besserer Einsicht einen inneren Zwang zum Trunk unterliegt und demnach in ganz ähnlicher Weise krank ist wie der Morphinist und der Kokainist. Nicht jeder Mensch, der unmästig trinkt, ist in diesem Sinne als trunksüchtig zu betrachten; vielen gelingt es, auch nach länger fortgesetzter Unmässigkeit, aus eigener Kraft zur Mässigkeit zurückzukehren (z. B. Studenten). Im einzelnen Falle ist jedoch eine scharfe Unterscheidung zwischen Unmässigkeit und Trunksucht nicht ohne weiteres möglich — meist ist die eine die Vorstufe der anderen — und erst der weitere Verlauf kann die Entscheidung bringen. Nur der Unmässige ist moralischer Beeinflussung zugänglich; der Alkoholkranke bedarf der Behandlung und vermag aus eigner Kraft nichts.

Vf. schildert nun den Verlauf der Trunksucht und betont dabei besonders die mehr und mehr zu Tage tretende Veränderung im Character der Kranken, welche darauf beruht, dass der Alkohol zunächst die Willenskraft bricht und so den Trunksüchtigen unfähig macht, die guten Vorsätze, die er so oft fasst und zum Ausdruck bringt, auch durchzuführen. Die periodischen Trinker, die „Quartalssäufer", bei denen die krankhafte Verstimmung das Primäre ist, und die in den freien Zeiten oft ganz enthaltsam leben, bilden eine Gruppe für sich; bei ihnen kann es niemals zweifelhaft sein, dass ein krankhafter Zustand vorliegt. Hier ist fast stets eine angeborene krankhafte Veranlagung nachzuweisen wie auch bei einem Theil der vorher geschilderten Trunksüchtigen eine angeborene Schwäche anzunehmen ist. Es kann aber die Widerstandslosigkeit gegen den Alkohol auch erworben werden: einerseits durch schwere Krankheit, Kopfverletzung und dgl., andererseits aber auch durch fortgesetzten unmässigen Trunk.

Ist nun die Trunksucht eine Krankheit, so ist es nothwendig Mittel zu suchen um sie zu verhüten und zu behandeln. Um der Entstehung des Leidens vorzubeugen ist es nothwendig, die Kenntniss der Alkoholwirkung möglichst allgemein zu verbreiten und alles zu fördern was zur Hebung der Geselligkeit ohne

Alkohol dient. Dass aber auch die Heilung der Krankheit selbst möglich ist, lehrt die Erfahrung, die zugleich auch zeigt, dass hierfür nur ein Mittel in Betracht kommen kann: die dauernde völlige Enthaltung von allen geistigen Getränken. Mässigkeit ist dem, der einmal trunksüchtig war, zeitlebens unmöglich und vielfache Erfahrungen bestätigen immer wieder, dass ihn selbst nach jahrelanger Abstinenz ein anfangs mässiger Alkoholgenuss mit Sicherheit wieder zur Trunksucht zurückführt. Der Uebergang vom Trunk zur Enthaltsamkeit hat unvermittelt zu erfolgen, was ganz gefahrlos ist und dem Kranken leichter wird als langsame Entwöhnung, und zwar ist hierzu die Unterbringung des Trunksüchtigen in einer besonders eingerichteten Heilanstalt zu fordern, in der sowohl der Leiter als alle Angestellten enthaltsam leben und in der ein freundlicher, an das Familienleben erinnernder Ton herrscht. Durch ärztliche Behandlung, Erziehung und Anleitung zur Arbeit ist den durch den Alkohol hervorgerufenen körperlichen und geistigen Schädigungen entgegen zu wirken und die Willenskraft zu stärken, damit der Kranke auch in der Freiheit die Lebensweise fortzuführen vermöge, an die er in der Anstalt gewöhnt wurde. Die von Forel zuerst hierbei verwandte Behandlung mit hypnotischer Suggestion erleichtert in vielen Fällen die Erreichung dieses Zieles. Die Dauer der Behandlung ist auf mehrere Monate, in manchen Fällen auf 1—2 Jahre zu bemessen, doch bedarf der Kranke auch nach der Entlassung noch der Stütze und es ist daher unumgänglich nöthig, dass er sich einem Enthaltsamkeitsvereine, z. B. den Guttemplern, anschliesst. Nur im Zusammenwirken solcher Vereine, in denen völlige Enthaltsamkeit geübt wird, mit den Trinkerheilanstalten können dauernde Erfolge erzielt werden. Stegmann-Dresden.

— Ueber anthropologische, physiologische und pathologische Eigenthümlichkeiten der Juden. — Dr M. Kretzmer, St. Petersburger med. Wochenschrift. 1901 pag. 231.

Die grosse Anzahl und die eigenthümliche sociale Stellung der Juden in den Westprovinzen des russischen Reiches fordert geradzu heraus, die Eigenthümlichkeiten dieses Volksstammes zu studiren, zumal die nachweislich durch viele Jahrhunderte durchgeführte Inzucht innerhalb des eigenen Volkes Antwort auf wichtige anthropologische Fragen geben muss. Daher kann Verf. auch eine verhältnissmässig reichhaltige Litteratur über die Juden anführen. Als rein anthropologische Merkmale der Juden werden Brachycephalie und relative Kürze der Extremitäten bei niedrigem Wuchse angeführt: Die geringe Variabilität der geistigen und körperlichen Gestaltung ist die Folge der Inzucht, der Rassenreinheit, auf dieselbe Ursache ist die grosse Fruchtbarkeit der Juden zurückzuführen, deren Einwirkung auf die Volksvermehrung noch durch eine bedeutend geringere relative Sterbeziffer gesteigert wird. Eine besondere Raçeneigenthümlichkeit ist der sehr beträchtliche Ueberschuss an Knabengeburten (in Preussen 111 : 100, gegenüber einem sonstigen Durchschnitt von 106 : 100). Auch die Morbidität der Juden zeigt besondere Eigenthümlichkeiten, welche leider noch zu wenig studirt sind. Bekannt ist die Neigung der Juden zu nervösen Erkrankungen (1871 kamen in Preussen auf die evangelische Bevölkerung 2951 Blödsinnige, 1772 Irrsinnige, die katholische 2820 Blödsinnige, 1848 Irrsinnige, auf Israeliten 3898 Blödsinnige, 4550 Irrsinnige). Die Untersuchungen Beadle's, welcher aus den Berichten der Londoner Irrenanstalten eine besondere Neigung der Juden zur Erkrankung an Paralyse folgert, dürfen freilich nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden, da die Verhältnisse unter der Londoner Judenschaft ganz eigener Art sind. Die Lues ist jedenfalls unter den russischen Juden wenig verbreitet. Auch der Alcoholismus ist selten. Ganz besonders auffallend ist die geringe Disposition der Juden für Infectionskrankheiten verschiedener Art. So wird schon aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts berichtet, dass die Juden eine geringe Anlage zur Pest, Typhus, Croup und Hirnwassersucht besitzen, eine desto grössere zu Hautkrankheiten, hypochondrischen und hysterischen Affectionen und zu Stauungen im Pfortadersystem (Starke, specielle Pathologie 1835). Verf. führt im Anschluss daran eine ganze Reihe neuerer, russischer und englischer Autoren an, welche die geringe Morbidität der Juden an Tuberkulose und Scrophulose statistisch nachweisen. Für die Rassenpathologie werden die Juden darnach noch auf lange Zeit hinaus ein interessantes Studienobject abgeben.

Dr. H. Dehio.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate“.)

Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, Bd. 27. 1. und 2.

C. Hess, Zur Kenntniss des Ablaufes der Erregung im Sehorgan.

Robert Saxinger, Ueber den Einfluss der Gefühle auf die Vorstellungsbewegung.

Marx Lobsien, Experimentelle Untersuchungen über die Gedächtnissentwickelung bei Schulkindern.

Wilhelm Sternberg, Geschmacksempfindung eines Anencephalus.

F. Kiesow u. R. Hahn, Ueber Geschmacksempfindungen im Kehlkopf.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Kosten (Prov. Posen). In der Besetzung der Aerztestellen an unserer Anstalt sind folgende Aenderungen eingetreten.

Dr. Havemann, I. Assistenzarzt, wurde am 15. Juli 1901 als II. Oberarzt an die Provinzial-Irrenanstalt Allenberg einberufen. In seine Stelle rückte der bisherige II. Assistenzarzt Dr. Lehmann.

In die II. Assistenzarztstelle wurde am 21. Septbr. 1901 Dr. Fickler-Dresden und in die III. Assistenzarztstelle am 16. September 1901 der praktische Arzt Hugo Witt aus Konitten, O.-Pr., einberufen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beilage zur „Psychiatrischen Wochenschrift", III. Jahrg., No. 28.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

PROGRAMM
der
WANDERVERSAMMLUNG
am 11. und 12. October 1901 in Wien.

Donnerstag, den 10. October, 8 Uhr abends: Begrüssung der Theilnehmer im Riedhof (VIII., Wickenburggasse 15).

Freitag, den 11. October, I. Sitzung 9—12 Uhr vormittags im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse).

Tagesordnung:

A. Pick: Zur topisch-diagnostischen Bedeutung der Echolalie.

Starlinger: Irrenpflege und Tuberculose.

Clemens Neisser: Zur Aetiologie der periodischen Psychosen.

Schlöss: Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie.

Pilcz: Thema vorbehalten.

Marburg: Zur Pathologie der Spinalganglien.

II. Sitzung 3 ½—6 Uhr nachmittags im Hörsaale des Institutes für allgemeine und experimentelle Pathologie (IX., Alserstrasse 4).

Tagesordnung:

Zuckerkandl: Ueber ein neues sympathisches Organ.

Obersteiner: Ueber einen Fall von Porencephalie.

Elschnig: Die Pathogenese der Stauungspapille bei Hirntumor.

Biedl: Zur Schilddrüsenfrage.

Bischoff: Die pathologische Anatomie der infantilen familären spastischen Spinalparalyse.

Margulies: Ueber ein Teratom der Hypophyse bei einem Kaninchen.

Abends 8 Uhr gemeinsames Abendessen im Riedhof (im weissen Saale; Couvert à 5 Kronen).

Samstag, den 12. October, III. Sitzung 9—12 Uhr vormittags im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Tagesordnung:

Vorträge zur projectirten Reform der Irrengesetze in Oesterreich.

v. Wagner: Die Versorgung der criminellen Geisteskranken.

— Die Aufnahme in die Irrenanstalten.

v. Krafft-Ebing: Die Entmündigung.

IV. Sitzung 3 ½—6 Uhr nachmittags im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Tagesordnung:

Schlöss: Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten.

Alexander: Zur pathologischen Anatomie der sogenannten rheumatischen Facialislähmung.

Karplus: Zur Kenntniss der basalen Hirnaneurysmen.

v. Sölder: Zur Pathogenese der Kohlenoxydlähmungen.

Sträussler: Zur Aetiologie der acuten hämorrhagischen Encephalitis.

Sonntag, den 13. October: Tagesausflug nach Mauer-Oehling*) zur Besichtigung der neuen n.-ö. Landes-Irrenanstalt.

(Jene Herren, welche an dem Ausfluge theilzunehmen beabsichtigen, werden gebeten dies ehemöglichst an die Adresse des Herrn Dr. Starlinger, Wien, IX., Lazarethgasse 14, mitzutheilen.)

*) Zur näheren Orientirung über diese ganz neue nied.-öst. Landes-Irrenanstalt sei auf No. 34, Jahrg. 1899 dieser Zeitschrift verwiesen.

Der Vorstand.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) — **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. — **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. — **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 29. 12. Oktober. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Statistisches über die Trunksucht.

Aus der rheinischen Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Bonn.

Von Dr. *Sauermann.*

Veranlasst durch das erhöhte Interesse, welches der Alkoholfrage zur Zeit von allen Seiten entgegengebracht wird, habe ich das statistische Material der Bonner Anstalt aus den Jahren 1896—1900 hinsichtlich seiner Beziehungen zur Trunksucht untersucht.

Es kam mir weniger darauf an, über die Häufigkeit der Trunksucht genaue Zahlen zu erhalten, als Vergleiche zwischen Trinkern und Nichttrinkern anzustellen bezüglich der Erblichkeit, der Rückfälligkeit und der Straffälligkeit, sowie die Zahl derjenigen Fälle zu ermitteln, in denen eine spezielle Trinkerbehandlung angezeigt gewesen wäre.

Für diesen Zweck schienen mir die Zählkarten für das statistische Amt ausreichend zu sein. Sie enthalten zwar im Allgemeinen nur die Angaben, welche aus den ärztlichen Fragebogen zu entnehmen waren, sind ohne besondere Rücksicht auf den vorliegenden Zweck ausgestellt und lassen, wie wohl allerwärts, Ungenauigkeiten nicht vermissen. Da es sich jedoch hauptsächlich um Vergleiche (zwischen Trinkern und Nichttrinkern) handelt, werden die auf beiden Seiten in den Angaben gemachten Fehler einander ausgleichen und die ermittelten Verhältnisszahlen der Wirklichkeit so nahe als möglich kommen.

Wie ich die absolute Zahl der Trinker nicht feststellen wollte, habe ich auch darauf verzichtet, die etwaige Zu- oder Abnahme der Trunksucht zu ermitteln. Es schien mir deshalb bei der grossen Zahl der Aufnahmen ein Zeitraum von fünf Jahren zu genügen.

Es wurden aufgenommen:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	215	221	229	254	253*)	1172
Frauen	198	232	206	217	235	1088
Sa.	413	453	435	471	488	2260

Davon waren Trinker:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	32	60	51	56	53	252
Frauen	3	9	7	6	10	35
Sa.	35	69	58	62	63	287

in % der Aufnahmen:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	14,8	27,1	22,2	22,0	20,9	21,5
Frauen	1,5	3,8	3,3	2,7	4,2	3,2
Sa.	8,4	15,2	13,3	13,1	12,9	12,6.

*) Ausgeschieden wurden hier aus verschiedenen Gründen 73 von einer anderen Anstalt übernommenen Pfleglinge.



In welchem Maasse die Trunksucht an der erblichen Belastung betheiligt war, — ich zähle nur diejenigen Fälle, bei denen als solche lediglich Trunksucht angeführt ist — zeigen die folgenden 2 Tabellen.

Von den Aufnahmen waren erblich belastet:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	60	75	66	67	63	331 = 28,2%
Frauen	68	89	70	64	79	370 = 34,0%
Sa.	128	164	136	131	142	701 = 31,0%

Hiervon waren lediglich durch Trunksucht belastet:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	12	14	14	18	15	73 = 22,0%
Frauen	5	14	10	10	10	49 = 13,2%
Sa.	17	28	24	28	25	122 = 17,4%

Von diesen 122 durch Trunksucht Belasteten sind 77 nicht als Trinker bezeichnet. Bei weiteren 60 Nichttrinkern ist neben anderen Momenten erblicher Belastung Trunksucht angegeben. Es hat also von den 2260 Fällen die Trunksucht überhaupt eine Rolle gespielt bei (287 + 77 + 60 =) 424 = 18,7%.

Im Ganzen lag Erblichkeit häufiger bei Trinkern vor, als bei Nichttrinkern. Es waren erblich belastet von den Trinkern:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	15	29	20	15	19	98 = 38,8%
Frauen	2	2	3	0	5	12 = 34,2%
Sa.	17	31	23	15	24	110 = 38,3%

von den Nichttrinkern:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	45	46	46	52	44	233 = 25,3%
Frauen	66	87	67	64	74	358 = 33,9%
Sa.	111	133	113	116	118	591 = 29,9%

Bei einer durchschnittlichen erblichen Belastung von 31,0% nahmen also die trinkenden Männer mit 38,8% die erste, die nichttrinkenden Männer mit 25,3% die letzte Stelle ein. Dass bei den Frauen ein wesentlicher Unterschied sich nicht ergiebt, dürfte wohl an der geringen Zahl der Trinkerinnen liegen.

Wie zu erwarten war, bestätigt unser Vergleich die bekannte Erfahrung, dass erblich Belastete durch den Alkohol besonders gefährdet sind.

Von Interesse ist noch, festzustellen, nach welcher Richtung die Trunksucht sich bei der Vererbung bethätigte.

Unter den 122 lediglich durch Trunksucht belasteten Aufnahmen befanden sich 45 = 36,8% Trinker (39 = 53,4% Männer u. 6 = 12,2% Frauen) und 77 = 63,1% Nichttrinker (34 = 46,5% Männer und 43 = 87,7% Frauen). Im Ganzen überwog also die ungleichartige, bei den Männern die gleichartige, bei den Frauen die ungleichartige Vererbung.

Einen geringen Unterschied zu Gunsten der Trinker ergiebt die Vergleichung in Bezug auf die Rückfälligkeit. Es wurden zu wiederholtem Male aufgenommen von den gesammten Fällen:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	73	67	58	58	58	314 = 26,7%
Frauen	88	73	61	60	62	344 = 31,0%
Sa.	161	140	119	118	120	658 = 29,1%

von den Trinkern:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	10	20	13	12	12	67 = 26,5%
Frauen	1	1	2	5	1	10 = 28,5%
Sa.	11	21	15	17	13	77 = 26,8%

von den Nichttrinkern:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	63	47	45	46	46	247 = 26,8%
Frauen	87	72	59	55	61	334 = 31,7%
Sa.	150	119	104	101	107	581 = 29,4%

Aus diesem Ergebnisse etwa den Schluss zu ziehen, dass die Prognose hinsichtlich der Rückfälligkeit bei den Trinkern günstiger sei als bei den Nichttrinkern, erscheint gewagt.

Einmal zählen unter den Nichttrinkern, die wiederholt zur Aufnahme kommen, eine Anzahl periodischer Kranker, welche während der freien Intervalle in der Familie gehalten werden können. Andrerseits wird wohl bei manchem Trinker, der wegen seines chronischen Alkoholismus in Anstaltspflege gewesen ist, trotz Fortbestehens der Krankheit deshalb von einer erneuten Unterbringung abgesehen werden, weil der erste Kurversuch ohne Erfolg geblieben ist. Ein Alkoholiker aber, der zum zweiten Male aufgenommen werden musste, wird nicht leicht zum zweiten Male entlassen werden, weil man eben erwarten kann, dass er sich wieder nicht hält. Den periodisch Geisteskranken lässt man in vielen Fällen seine freien Intervalle sämmtlich ausserhalb der Anstalt verleben.

Dass Trunksucht und gelegentliche Trunkenheit in erhöhtem Maasse zur Collision mit dem Strafgesetz disponieren, ist eine bekannte Thatsache. Auch die Geisteskrankheiten bilden häufig die Ursache für Gesetzesverletzungen. Es verlohnt sich der Mühe, zwischen der Straffälligkeit der geisteskranken Trinker und Nichttrinker einen Vergleich anzustellen.

Es waren bestraft:

	Männer	Frauen	Sa.
von den 2260 Aufnahmen	149	39	188
% derselben	12,7	3,5	8,3
von den 287 Trinkern	43	3	46
% derselben	17,0	8,5	16,0
von den 1973 Nichttrinkern	106	36	142
% derselben	11,5	3,4	7,1

Unter den Trinkern befanden sich also doppelt so viele Bestrafte als unter den Nichttrinkern.

Die meisten Gesetzesverletzungen lassen sich unterscheiden 1. in solche gegen das Eigenthum und 2. solche gegen die Person. Um zu berechnen, in welchem Verhältnisse Trinker und Nichttrinker unter diese beiden Gruppen vertheilt waren, scheiden wir diejenigen Fälle aus, bei denen genauere Angaben fehlten, und diejenigen, welche sich dieser Klassificierung nicht einordnen lassen (41 Männer, 6 Frauen = 47). Es bleiben also übrig:

	Männer	Frauen	Sa.
Bestrafte	108	33	141
davon Trinker	30	3	33
Nichttrinker	78	30	108

Hiervon zählen zu Gruppe 1:

	Männer	Frauen	Sa.
Bestrafte	54	19	73
% derselben	50,0	57,5	51,7
Trinker	6	1	7
% derselben	20,0	33,3	21,2
Nichttrinker	48	18	66
% derselben	61,5	60,0	61,1

Zu Gruppe 2:

	Männer	Frauen	Sa.
Bestrafte	54	14	68
% derselben	50,0	42,4	48,2
Trinker	24	2	26
% derselben	80,0	66,6	78,7
Nichttrinker	30	12	42
% derselben	38,4	40,0	38,8

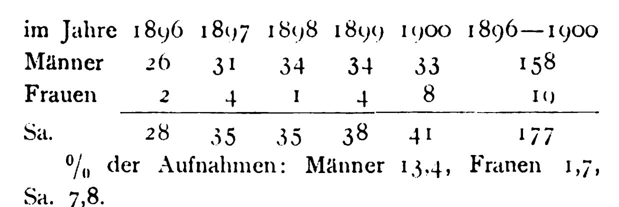
Dieses Ergebniss entspricht den bei Gesunden gemachten Erfahrungen, wonach Trinker besonders zu solchen Gesetzesverletzungen neigen, die durch Ausschaltung der Besonnenheit zu Stande kommen, während sie an solchen, die ein planmässiges Handeln voraussetzen, seltener betheiligt sind.

Von unsern 287 Trinkern litten an:

	Männer	Frauen	Sa.
Epilepsie (die Fälle von Alcoholepilepsie waren nicht genau abzusondern)	21	2	23
Delirium potatorum	35	6	41
anderen Erscheinungsformen des chronischen Alcoholismus	123	13	136
Seelenstörungen von nicht speciell alcoholischem Character	68	14	82

5 Männer waren nicht im eigentlichen Sinne geisteskrank.

An chronischem Alcoholismus überhaupt litten:



im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	26	31	34	34	33	158
Frauen	2	4	1	4	8	19
Sa.	28	35	35	38	41	177

% der Aufnahmen: Männer 13,4, Franen 1,7, Sa. 7,8.

Für die Prognose des chronischen Alcoholismus ist es von Interesse, zu ermitteln, wie viele von den in Abgang gekommenen chronischen Alcoholisten als geheilt oder gebessert angesehen wurden. Wenn sich dabei herausstellt, dass der Procentsatz derselben unter den Abgängen niedriger war, als unter den Aufnahmen, so dürfte daran weniger eine etwaige Aenderung der Diagnosen schuld sein als vielmehr die bei der Ausstellung der Zählkarten so leicht sich einschleichenden Ungenauigkeiten, abgesehen davon, dass es sich ja nicht um genau dieselben Fälle handelt.

Es kamen in Abgang:

	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	247	216	187	264	244	1158
Frauen	180	194	177	239	247	1037
Sa.	427	410	364	503	491	2195

Davon waren wegen chronischen Alcoholismus behandelt:

	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	17	29	34	22	28	130
Frauen	0	1	5	1	3	10
Sa.	17	30	39	23	31	140

% der Abgänge: Männer 11,2, Frauen 0,9, Sa. 6,3.

Als geheilt (d. h. von Delirium potatorum, hallucinatorischem Wahnsinn u. s. w.) und als gebessert wurden angesehen:

im Jahre	1896	1897	1898	1899	1900	1896—1900
Männer	16	28	27	22	28	121
Frauen	0	1	4	1	3	9
Sa.	16	29	31	23	31	130

% des chronischen Alcoholismus: Männer 93,0, Frauen 90,0, Sa. 92,8.

Die Prognose des Alcoholismus in Bezug auf die Entlassungsfähigkeit wäre hiernach etwa doppelt so günstig als die der Geisteskrankheiten im Allgemeinen.

Eine speciell antialcoholistische Behandlung war unsern chronischen Alcoholisten nicht zu Theil geworden, von ihrer Trunksucht waren sie noch nicht geheilt. Dennoch zeigten sie sich wieder fähig, in ihre Familie oder zu ihrer früheren Beschäftigung zurückzukehren. Es ist deshalb die Annahme wohl nicht zu gewagt, dass sie alle einer Erziehung zur Enthaltsamkeit mehr oder weniger zugänglich gewesen wären und zu einem grösseren oder geringeren Theile



unter geeigneter Behandlung völlig hätten geheilt werden können. Wahrscheinlich hätte ein Theil dieser Kranken, die Gelegenheit vorausgesetzt, von vornherein in einer Enthaltsamkeitsanstalt untergebracht werden können. Die Irrenanstalt wäre dann um eine Zahl nicht eben angenehmer Insassen erleichtert gewesen. Ausserdem würde die völlige Heilung auch nur weniger Trinker für diese selbst, ihre Familien und die Allgemeinheit einen nicht zu übersehenden Gewinn bedeuten.

Die Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten hatten in den letzten Jahren ca. 1600 Abgänge pro Jahr. Die Aufnahmebezirke der verschiedenen Anstalten dürften hinsichtlich der Ausbreitung des Alcoholismus infolge der ungefähr gleichmässigen Betheiligung am Weinbau und ausgedehnter Industrie nahezu dieselben Verhältnisse bieten, so dass für alle Anstalten eine gleiche Zahl von Alcoholkranken berechnet werden könnte. Sie würden also zusammen über 90 chronische Alcoholisten pro Jahr entlassen. Eine Zahl, die bei einem Abgange von ca. 750 geheilten und gebesserten Geisteskranken Beachtung verdient.

So lange die Landarmenverbände noch nicht gesetzlich verpflichtet sind, für die Heilung der Trinker zu sorgen, wird allerdings die Errichtung von öffentlichen Enthaltsamkeitsanstalten wohl nur ein frommer Wunsch bleiben. Wir dürfen also lediglich mit dem Bestehenden rechnen, nämlich mit den Hilfsvereinen, die in den meisten Landestheilen bestehen oder im Entstehen begriffen sind.

Die Hilfe, welche die Hilfsvereine entlassenen Kranken zu gewähren am ersten in der Lage sind, nämlich baares Geld, wird dem Trinker freilich am allerwenigsten nützen. Die beste Hilfe gewähren ihm die Enthaltsamkeitsvereinigungen, welche sich die Rettung von Trinkern zur Aufgabe gemacht haben. Ihnen fehlt aber in der Regel die erforderliche Verbindung mit den Irrenanstalten. Diese Verbindung zu ersetzen sind die Hilfsvereine vermöge ihrer zweckmässigen Organisation am besten geeignet. Sie würden die Aufgabe haben, diejenigen Trinker, welche von den Anstalten ihrer Fürsorge überwiesen worden sind, den etwa bestehenden örtlichen Enthaltsamkeitsvereinigungen zuzuführen. So wird zwar bei Weitem noch nicht die Mehrzahl der chronischen Alcoholisten geheilt werden, aber doch alles bei den bestehenden Verhältnissen Mögliche zu erreichen sein.

Zum Schlusse gestatte ich mir, meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrath Pelman, für die gütige Ueberlassung des Materials den besten Dank auszusprechen.

Mittheilungen.

— **Antipsychiatrische Stilprobe** aus dem „Reichsboten" vom 28. 9. 1901:

„Es ist bekanntlich eine Art Sport gewisser moderner Psychiater, alle Verbrecher als geisteskrank hinzustellen, weil sie etwas thun, was ein normaler Mensch nicht thut; neuerdings führen sie aber auch alle grossen, über das gewöhnliche Maass hinaus liegenden geistigen Leistungen gewisser Persönlichkeiten, also aller grossen weltgeschichtlichen Persönlichkeiten, auf Geisteskrankheit zurück; sie alle werden als Paranoiker bezeichnet. So haben sie nicht blos Jungfrau von Orléans, sondern auch Luther, ja selbst den Heiland als Paranoiker bezeichnet. Es überrascht daher nicht weiter, dass der bekannte Professor Lombroso neuerdings auch Columbus, den Entdecker Amerikas, zum Paranoiker zu stempeln sucht.

In dem Septemberheft (Nr. 17) des von Prof. Dr. E. Mendel herausgegebenen „Neurolog. Centralblattes" befindet sich ein längerer Bericht über die Arbeit von Prof. Cesare Lombroso über „Wahnsinn und Genie bei Christoph Columbus". An der Hand eines grossen Materials sucht Lombroso nachzuweisen, dass die Entdeckung Amerikas seitens des Columbus nicht die That eines zielbewussten Genies, sondern die eines „Paranoikers" war, dem seine geistige Verfassung eine Willenskraft verlieh, wie sie selten bei gewöhnlichen Menschen gefunden wird.

Es ist das nichts weiter als die Konsequenz der naturalistischen Weltanschauung. Ist der Mensch ein Thier, so ist er auch wie dieses mit seinen seelischen Fähigkeiten an ein naturgesetzliches Normalmaass (Instinkt) gebunden, und was über dieses Naturmaass hinausliegt, muss als krankhafte Erscheinung angesehen werden. Und so ist dann alles Grosse in der Weltgeschichte, was über das Maass der Mittelmässigkeit hinaus liegt, nichts weiter als das Produkt der Geisteskrankheit einzelner Menschen. Krankheitserscheinungen muss man aber bekämpfen und darf sie nicht fördern. Die Konsequenzen für die Kulturentwicklung, für alles Grosse in Wissenschaft, Litteratur, Kunst, Technik u. s. w. liegen auf der Hand. Es muss ausgerottet werden: „écrasez!" Die Anarchisten sind dann die Wohlthäter des Menschengeschlechts. Was aber sind diese Professoren mit ihren naturalistischen Anschauungen?"

— In einer von W. Erb, C. Gerhardt, Jolly, Kussmaul, C. v. Liebermeister, Nothnagel und Schaper unterstützten Anregung fordert Stabsarzt Buttersack die deutschen Aerzte, insbesondere die Neurologen und Psychiater, auf, das Andenken Wilhelm Griesinger's durch Aufstellung seiner Büste vor dem, der Vollendung sich nähernden Neubau seiner Klinik in der Königlichen Charité lebendig zu halten, und erklärt sich, ebenso wie die genannten Herren, zur Annahme von Beiträgen bereit.



— **Osnabrück**. In dem Verwaltungsbericht für 1900 schreibt Dr. Schneider: „Die Besetzung der Assistenzarztstellen macht offenbar an allen Anstalten immer mehr Schwierigkeiten, und eine weitere Verbesserung der Gehälter für diese Stellen reicht nicht mehr aus, um diesen Schwierigkeiten zu begegnen. Es sind deshalb in jüngster Zeit an verschiedenen Anstalten neue beamtete Arztstellen geschaffen und zweifellos werden weitere folgen. Dass die jungen Mediciner zu den Assistenzarztstellen nicht drängen, ist nur zu gerechtfertigt. Verlockend ist nur die verhältnissmässig gute Bezahlung, die Aussichten auf Weiterkommen sind so unsicher, wie wohl in keiner anderen Carriere und lediglich als Vorbereitung für den Beruf des practischen Arztes kann man bei aller Hochachtung vor der Psychiatrie einen mehrjährigen Aufenthalt in einer Irrenanstalt wohl kaum empfehlen.

Wenn nun die Vermehrung der beamteten Arztstellen in erster Linie aus Noth geschieht und geschehen wird, so muss man im Grunde doch sagen, dass dadurch eine Einrichtung getroffen wird, die eigentlich schon an und für sich eine Nothwendigkeit war.

Die unmittelbare Behandlung der Kranken und die Leitung der Abtheilungen soll in Händen von Aerzten liegen, die in der Psychiatrie und dem Anstaltsdienste Erfahrungen haben, die Assistenzarztstellen sollen lediglich dazu da sein, um den Inhabern Gelegenheit zu geben, diese Erfahrungen zu sammeln."

— **Preussen**. Die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher, sowohl solcher, welche bei oder nach Begehung der Strafthat unzurechnungsfähig waren oder geworden sind, als auch solcher, die während der Verbüssung ihrer Strafe in Geisteskrankheit verfallen, beschäftigt, wie wir hören, seit längerer Zeit die zuständigen Ministerien des Innern und der Medicinal-Angelegenheiten. Den Anstoss zu diesen Erwägungen hat dem Vernehmen nach eine grössere Zahl von Irren-Anstalten gegeben, denen die geisteskranken Verbrecher bisher überwiesen zu werden pflegten. Diese Anstalten wollen die Aufnahme dieser gefährlichen Patienten künftig ablehnen, weil sie die Verantwortlichkeit für dieselben nicht länger übernehmen und ferner auch ihren unbescholtenen, den bürgerlichen Kreisen angehörenden Pfleglingen nicht zumuthen möchten, mit Verbrechern in den gemeinsamen Anstaltsräumen zusammen zu sein. Im Königreich Sachsen besteht bekanntlich eine besondere Irrenanstalt für geisteskranke Verbrecher; bei uns beabsichtigt die Regierung, bei den grösseren Gefängnissen besondere Irren-Abtheilungen einrichten zu lassen, wie eine solche bereits im Moabiter Zuchthause vorhanden ist. Versuchsweise ist die Einrichtung auch schon in anderen Städten, so in Halle, Breslau und Köln, eingeführt worden. Da sich diese Neuerung bewährt hat, will man sie für alle grösseren Gefängnisse schaffen und hat dazu, wie verlautet, in erster Linie die Anstalten der Universitäts-Städte ausersehen. Hier ist es nämlich möglich, die Stellung des Gefängnissarztes, dem die neue Irrenabtheilung untersteht, mit einer Professur für gerichtliche Medicin, Psychiatrie u. s. w. zu verbinden, da sich sonst der Ausführung dieser nothwendigen Einrichtung finanzielle Schwierigkeiten in den Weg stellen würden. Die interessirten Communalverbände dürften die Neuerung mit Freude begrüssen; der Berliner Stadtverwaltung z. B. erwuchsen durch die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in den städtischen Irrenanstalten bei Ausschreitungen oder Ausbrüchen dieser gefährlichen Patienten fortgesetzt Unannehmlichkeiten, Scheerereien und Geldausgaben; in absehbarer Zeit dürften alle städtischen Irrenanstalten den Verbrechern verschlossen sein.

Referate.

— Féré. Périodicité sexuelle chez un paralytique général. — Extract des comptes rentus des séances de la société de Biologie 1901.

Es handelt sich um einen von Jugend auf neuropatischen Paralytiker. Von Kindheit an litt er an Höhenfurcht wie den verschiedensten Zwangszuständen. Seit dem Jahre bot er alle vier Wochen ein gänzlich verändertes Wesen dar, wurde indiverent, erregt, entfernte sich entgegen seinen sonstigen Gewohnheiten von Hause und gab dann oft Anlass zur Bestrafung. Mit 26 Jahren verheirathet, kehrten ähnliche Zustände immer wieder, vor Allem charakterisirt durch ausserordentliche sexuelle Erregung. Die Zustände dauerten stets 3—4 Tage an. Zur Zeit im dementen Stadium der Paralyse kommen alle 4 Wochen mehrtägige Erregungszustände zur Beobachtung, vergesellschaftet mit hochgespannter sexueller Erregung. — F. lässt die Frage offen, ob es sich um die Symptome eines physiologischen Typus handelt. Die Frage nach eventueller Epilepsie wird nicht gestreift, jedoch dürfte bemerkenswerth sein, dass der Kranke einen Sohn hat, der an häufigen Kopfschmerzen leidet, welche auf Brom schwinden. —

— Ernst Kürz und Emil Kraepelin: Ueber die Beeinflussung psychischer Vorgänge durch regelmässigen Alcoholgenuss. Psychol. Studien 1900, IV. Bd., H. 3.

Nachdem bereits Smith vor einigen Jahren die wichtige Frage über die Wirkung regelmässigen Alcoholgenusses an 2 Personen untersucht hat, haben die Verf. die Versuche wieder aufgenommen. „Es sollte insbesondere geprüft werden, welche Wirkung eine Menge Alcohols, wie sie in einem wohl allgemein noch für mässig gehaltenen Quantum von Bier, in 2 Litern enthalten ist, nämlich 80 gm Alcohol, auf die psychischen Leistungen des Menschen entfaltet, wenn sie regelmässig Tag für Tag genommen wird." Der Alcohol wurde in Form von verdünntem Weingeist meist vor dem Schlafengehen von den Versuchspersonen (einem abstinirenden und einem mässigen Arzte) genommen und in der ganzen Zeit der Versuche ein möglichst planmässiges Leben geführt. Die Versuche erstreckten sich auf die Auffassungsfähigkeit (Lesen einsilbiger Worte und sinnloser Silben von „Auffassungstrommeln" durch einen Spalt „Trommelversuche"), eingelernte Associationen (Addiren), freie Associationen und Merkfähigkeit (Zahlenlernen). Die einzelnen psychischen Leistungen wurden an den Vormittagen von 9—11 Uhr geprüft und zwar in den ersten 6 Tagen



ohne vorangegangenen abendlichen Alcoholgenuss (nachdem schon eine Zeitlang vorher Abstinenz eingetreten war), der 7.—18. Tag waren Alcoholtage, worauf 5 alcoholfreie und 2 Alcoholtage folgten.

Die Ergebnisse stimmten ungefähr mit den Smith'schen Resultaten überein und waren folgende:

Unter dem Einfluss des Alcohols tritt schon nach wenigen Tagen eine leichte Herabsetzung der Leistung ein, welche vom 9. Tage an ziemlich stark wird und nun rasch anwächst (bis zu 25 % der normalen Leistung bei der einen Versuchsperson). Nach dem Aussetzen des Alcohols erfolgt nicht sofort ein Aufhören der ungünstigen Nachwirkung, sondern es ist eine deutliche Nachwirkung zu bemerken. Sobald nach 5 Tagen wieder Alcohol genommen wird, setzt auch sofort die Wirkung desselben von neuem ein und zwar mit viel grösserer Stärke, als im Beginn der ersten Alcoholzeit. Es war also die Alcoholwirkung durch die freie Zwischenzeit noch nicht völlig aufgehoben. Die Wirkung der 2. kurzen nur 2tägigen Alcoholaufnahme wurde verhältnissmässig rasch wieder ausgeglichen, indem in dem alcoholfreien Beginn die Wirkungen verhältnissmässig rasch in die Höhe gingen. Eine qualitative Beeinträchtigung des einfachen Addirens hat sich nur bei der 2. Versuchsperson ergeben und zwar in geringem Maasse.

Die Lernversuche (Zahlenlernen) ergaben eine noch grössere Herabsetzung der Leistungsfähigkeit (bis zu 40 %) bei beiden Versuchspersonen. Dabei machte sich bei der ersten Versuchsperson im Anfang der Alcoholzeit eine gelegentliche (psychomotorische) Erleichterung der Arbeit bemerkbar. Bei den Associationen und Auffassungsversuchen war die Wirkung eine ähnliche, wenn auch nicht so ausgesprochen. Die Zahl der Associationen nahm bei der ersten Versuchsperson nach den ersten Alcoholtagen zuerst plötzlich, dann ganz allmählich bis zum Schluss der Versuchszeit ab (bis zu 31 %), ein Ausgleich fand also auch in den 5 alcoholfreien Tagen nicht statt, im Gegentheil wuchs die Wirkung, wenn auch weit langsamer als vorher an. Besonders stark sind die inneren Associationen betroffen, während die äusseren grosse Schwankungen zeigen. Bei der 2. Versuchsperson waren die Ergebnisse nicht zu verwerthen. Die Auffassungsversuche ergaben bei beiden Personen eine Zunahme der Auslassungen bei Silben und Wörtern, bei der 2. auch noch der Verlesungen unter dem Einfluss des Alcohols. Steigerung der Ermüdbarkeit liess sich aus einigen Versuchen mit grosser Wahrscheinlichkeit schliessen.

Alles in allem ergab sich also 1) eine Verlangsamung des Addirens, 2) eine Verminderung der gelernten Zahlen, 3) eine Erschwerung der Associationen, 4) eine Erschwerung der Auffassung (Vermehrung der Auslassungen).

„Die bei unseren Versuchen beobachtete Alcoholwirkung trägt also durchaus dieselben Züge wie die acute Alcoholwirkung; sie ist nichts anderes als die Nachwirkung des Rausches, welche sich durch die immer wiederkehrende Alcoholzufuhr befestigt und steigert. Der chronische Alcoholismus scheint also nur eine Art Dauerzustand mit denselben Störungen zu sein, wie sie im Rausche auftreten." Nur die psychomotorische Erleichterung war weniger ausgesprochen, und eine Zunahme der Klangassociationen war nicht nachzuweisen.

Ebenso wie bei Smith ergab sich 1) eine lähmende und zwar allmählich wachsende Wirkung des Alcohols auf die verschiedenen Formen geistiger Arbeit, 2) eine ungenügende, nur allmähliche Ausgleichung in der alcoholfreien Zeit, 3) eine plötzliche auffallend starke Wirkung in der 2. Alcoholzeit.

Ein Gefühl für die Herabsetzung ihrer Leistungsfähigkeit hatten die Versuchspersonen durchaus nicht.

Kürz und Kraepelin fassen die gemeinsamen Ergebnisse der bisherigen Alcoholversuche in folgenden Sätzen zusammen:

1. Eine einmalige Alcoholgabe von 80 gm. verfliegt nicht rasch und vollständig, sondern hinterlässt eine gewisse Nachwirkung, die nach 24 Stunden noch nicht ganz verschwunden ist.

2. Wenn diese Gabe nach je 24 Stunden wiederholt wird, so tritt allmählich eine Häufung der Wirkungen ein, welche wir schon als die erste Andeutung des chronischen Alcoholismus bezeichnen müssen, und zwar ist dieselbe schon nach 12tägiger Wirkung sehr deutlich nachweisbar, da sie in einer 25—40 procentigen Herabsetzung der Arbeitsleistung besteht. Hieraus ergiebt sich eine wissenschaftliche Definition des Alcoholikers, welche weit über diejenige des täglichen Lebens hinausgeht: Trinker ist Jeder, bei dem eine Dauerwirkung des Alcohols nachzuweisen ist, bei dem also die Nachwirkung einer Alcoholgabe noch nicht verschwunden ist, wenn die nächste einsetzt.

3. Das Zahlenlernen wird stärker beeinträchtigt als das Addiren, und es ist wahrscheinlich, dass allgemein schwierigere Leistungen unter dem Einfluss des Alcohols mehr leiden als leichtere. Dem entsprechen die Beobachtungen des täglichen Lebens. Die gewöhnlichen körperlichen und geistigen Verrichtungen werden vom Trinker auch ohne auffallende Störung geleistet, aber die Fähigkeit zu schwierigerer und hochwerthiger Arbeit geht verloren. In dem Getriebe der alltäglichen Berufsthätigkeit kann daher die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit durch die Dauerwirkung des Alcohols längere Zeit ganz unbemerkt bleiben, sie offenbart sich in dem Versiegen selbständiger, schöpferischer Thätigkeit, im Schwinden der Eigenart, in der Unfähigkeit, grosse verantwortungsvolle Aufgaben zu lösen.

4. Die einmal erzeugte Schädigung gleicht sich nur sehr langsam wieder aus, offenbar um so langsamer, je länger die Alcoholzufuhr gedauert hat.

5. Nach längerer Alcoholzeit bleibt trotz strenger völliger Enthaltsamkeit zunächst noch eine grosse Empfindlichkeit gegen den Alcohol zurück, indem die Giftwirkung nun rascher und schneller hervortritt, als im Anfang. „Dieser Rest der Dauerwirkung des Alcohols, die sich in schwereren Fällen vielleicht niemals mehr ganz ausgleicht, ist der Grund für die allgemein anerkannte Forderung, dass für Trinker nur bei völliger Enthaltsamkeit vom Alcohol dauernde Genesung möglich ist."



Ueber das Verhalten der Gewöhnung geben die Versuche keinen Aufschluss, doch ist anzunehmen, dass der Gewöhnungszustand ebenso wie beim Morphium eine Art von Siechthum darstellt. „So viel steht jetzt jedoch schon fest, dass der regelmässige Genuss mittlerer Alcoholmengen nichts weniger als eine für die geistige Gesundheit gleichgültige Sache ist, dass vielmehr überall dort, wo eine neue Alcoholgabe einsetzt, bevor die ziemlich lange dauernde Nachwirkung der früheren geschwunden ist, mit überraschender Schnelligkeit die Entwicklung aller derjenigen Störungen beginnt, die wir unter dem Namen des chronischen Alcoholismus zusammenfassen."

Hoppe, (Allenberg).

— Ueber die Gefährlichkeit der Epileptiker. Von C. Pelman. Deutsche Revue. Juli 1901. S.-A.

Verf. schildert im Hinblick auf das Bremer Attentat in populärer Weise die Symptomatik der Epilepsie, insbesondere die Formen der psychischen Störungen, weist nachdrücklich auf die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit durch die Unberechenbarkeit der Epileptiker hin und erörtert kurz die Frage der Verantwortlichkeit derselben bei Begehung einer strafbaren Handlung, im wesentlichen ohne Beibringung neuer Gesichtspunkte. Hahn-Hubertusburg.

— „Die Entwickelung der Psychiatrie im neunzehnten Jahrhundert." Von Dr. R. Gaupp. Sonderabdruck aus der Zeitschrift für paedagogische Psychologie und Pathologie. II. Jahrg.

Zur Jahrhundertswende hat die psychologische Gesellschaft zu Breslau einen Vortragscyclus veranstaltet, in welchem Rückblicke über die Entwicklung der Psychologie und verwandten Wissenschaften im 19ten Jahrhundert gegeben werden sollten; diesem Anlass hat die vorliegende Arbeit ihre Entstehung zu verdanken. Da die Vorträge vor Nichtfachleuten gehalten wurden, so war eine gewisse Beschränkung geboten; trotzdem ist es dem Verf. gelungen, in knappen Umrissen die wichtigsten Thatsachen zu bringen und die bisherigen Wege der psychiatrischen Forschung klar zu zeigen; auch den neuesten Richtungen sucht er in möglichst objectiver Weise gerecht zu werden. — Dankend sind die warmen Schlussworte hervorzuheben, welche Vortr. den Bestrebungen der Irrenärzte widmet, wenn er sagt, dass Alles, was zum Wohl der Kranken im letzten Jahrhundert geschehen, von ihnen ausgegangen ist „der ganze Fortschritt von Scheiterhaufen, Gefängniss und Ketten zur modernen Heilanstalt ist ist nur den Irrenärzten zu verdanken".

H. Dehio.

Bibliographie über Kriminal-Anthropologie u. Verwandtes, zusammengestellt von Medizinalrath Dr. P. Näcke, Hubertusburg, (3. Quartal 1901.)

De Blasio: Cranio piramoide in una epilettica. Rivista mensile di psich. for. etc. 1901, p. 117.

Penta: Diminuzione di responsabilità penale per invalidità psichica. Ibidem, p. 123.

Havelock Ellis: A study of British Genius. The popular science monthly, July 1901.

Zuccarelli: Per la sterilizzazione della donna come mezzo per limitare o impedire la riproduzione dei maggiormente degenerati. Bolletino della Società Ginecologica di Napoli, 1901, I.

Berze: Gehören gemeingefährliche Minderwerthige in die Irrenanstalt? Wiener medizin. Wochenschrift 1901, No. 26.

Potier: Ein Besuch in der Werkstätte eines Fälschers alter Waffen. Archiv für Kriminalanthrop. etc. 7. Bd., 1. u. 2. H., p. 1.

Amschel: Problematische Naturen. Ibidem, p. 37.

Pollak: Kriminal oder Irrenhaus? Ibidem, p. 50.

Gross: Zur Frage der sozialen Hemmungsvorstellungen. Ibidem, p. 123.

v. Schrenk-Natzing: Der Fall Mainone. Ibidem, p. 132.

Kornfeld: Irrthum und Irrsinn. Ibidem, p. 144.

Gross: Zur Frage des reflectoiden Handelns. Ibidem, p. 155.

Dubuisson: Les voleuses des grands magasins (suite). Archives d'anthrop. crim. etc., 15. juillet 1901.

Giuffrida-Ruggeri: Variations morphologiques du crâne humain. Ibidem.

Servier: Aperçu historique sur les eunuques. Ibidem

Cabanès: Les morts mystérieuses de l'histoire (Referat). Ibidem.

Grave: Le Bagne (Referat). Ibidem.

Jelgersma: Quelques observations sur la psychologie des foules. 5. Congrès international d'anthropologe criminelle, tenu à Amsterdam en 1901. Rapports. 1. fascicule.

Dedicheu: Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des criminels que l'expert déclare aliénés, mais dont le crime n'est pas considéré comme assez dangereux pour qu'il soit nécessaire de les interner dans un asile d'aliénés? Ibidem, p. 16.

Meijer: Sur l'assistance des criminels aliénés. Ibidem, p. 21.

Aletrino: La situation sociale de l'Uraniste. Ibidem, p. 25.

Benedikt: Une formule fondamentale de Psychologie et ses relations avec la criminalité. Ibidem, p. 37.

Gauckler: Il est nécessaire de séparer dans l'organisation de la peine les mesures qui ont pour objet la punition du délinquant et celles qui ont pour objet sa correction et de mettre à la disposition du juge des mesures pénales distinctes organisées les unes en vue de la punition et les autres en vue de la correction. Ibidem, p. 39.

Sturmann: Doppelbildung der untern Nasenmuschel. Berliner klin. Wochenschr. 1901, Nr. 28.

De Blasio: Scuola di applicazione pei ladri di destrezza napoletani. Riv. mens. di psich. for. etc. 1901, p. 153.

Penta: Nuove anomalie degli arti nei delinquenti e nei normali. Ibidem, p. 169.

Antonini: Sui caratteri degenerativi nei figli dei pellagrosi e sulla pellagra ereditaria. Gazzetta medica di Torino 1901, Nr. 26 u. 27.

Sander: Zur Entstehung des Selbstmords. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, 1901, Nr. 9.



Tambroni: Un caso di doppio suicidio transformatosi in omicidio, mancato suicidio. Ferrara 1901.

Mayer: Die schuldhafte Handlung und ihre Arten im Strafrecht. Leipzig, Hirschwald 1901. 201 S.

Bohn: Der Fall Rothe. Eine kriminalpsychologische Untersuchung. Breslau, Schottländer 1901.

Höpfner: Einheit und Mehrheit des Verbrechens, 1. Bd. Einleitung. Das Wesen des Verbrechens. Verbrechenseinheit. Berlin, Vahlen, 1901.

Garnier, Drouin et Boeteau du Mans: Consultation médico-légale sur un cas d'hystéro-traumatisme. Revue de psychiatrie 1901, Nr. 7.

Regnard: Asiles pour les aliénés criminels. Ibidem, Ref.

Zuccarelli: Istituzioni di antropologia criminale illustrate.. 4. lezione, Aprile 1901, Napoli. Darin auch: Uxoricida, delinquente imbecillesco di occasione.

Martius: Das Vererbungsproblem in der Pathologie. Berliner klin. Wochenschr. 1901, Nr. 30.

Mc Donald: Study of man. American Journal of Sociology 1901, Nr. 6.

Raimondes: Morale Insanity. Rio Janeiro 1901.

Angiolini: Dei delitti colposi. Torino 1901.

Lundborg: Ueber Degeneration. Stockholm 1901.

Perrone-Capano: L'anarchia, dal punto di vista antropologico e sociale. Rassegna italiana, anno IX, fasc. 2.

Schreiber: Jugendliche Vagabunden. Die Woche, 1901, Nr. 30.

Löwenstimm: Criminalistische Studien. Berlin, Rode.

Morel: La prophylaxie et le traitement du Criminel récidiviste. 5. Congrès international d'anthropologie criminelle, Amsterdam 1901. Rapports, p. 43, (2. fascicule).

Sighele: Le crime collectif. Ibidem, p. 69.

Denhatel: Le jugement et le traitement des „cas-limites“ dans la société civile et militaire. Ibidem, p. 80.

Dorado: La peine proprement dite est-elle compatible avec les données de l'anthropologie et de la sociologie criminelle? Ibidem, p. 87.

Näcke: Quelle est la meilleure manière de placer les criminels aliénés? Ibidem, p. 93.

Steinmetz: L'éthnologie et l'anthropologie criminelle. Ibidem, p. 100.

Bouman: Un cas important d'infection psychique. Ibidem, p. 107.

Piepers: La notion du crime au point de vue évolutioniste. Ibidem, p. 119.

Tenchini: Sur un nouveau processus anomal du présphénoid humain. Ibidem, p. 127.

Wellenbergh: Contribution à l'étude de la question de l'influence de la vieillesse sur la criminalité. Ibidem, p. 129.

Lombroso: Sulla cortezza dell'alluce negli epilettici, nei criminali e negli idioti. Archivio di psichiatria etc. 1901, fasc. IV—V, p. 337.

Coscia: Caratteri femminili e atavici nei bacini dei criminali. Ibidem, p. 344.

Salvi: Di alcune anomalie della laringe umana in individui delinquenti. Ibidem, p. 369.

Andenino e Ugo Lombroso: Contributo allo studio dell' asimmetria di pressione negli epilettici, nei delinquenti e nelle prostitute. Ibidem, p. 398.

Puglia: Criminalità collettiva (continuazione). Ibidem, p. 425.

Pertigliotti: Dati anatomici di uomini eminenti di Francia. Ibidem, p. 442.

Olivetti: Fistola auris in 300 criminali. Ibidem, p. 452.

Pianetta: Un caso di ipertricosi in alienato. Ibidem, p. 454.

Sergi: Intorno a Pizarro. Ibidem, p. 457.

Treves: Intorno alla sensibilità termica delle varie mucose. Ibidem, p. 459.

Treves: Il fenomeno dell' „unghia lucida“ nei pazzi Ibidem, p. 461.

Lombroso: Un canto criminale sardo. Ibidem, p. 463.

Lombroso: Fratricidio in stato d'epilessia psichica. Ibidem, p. 468.

Binet-Sanglé: Le crime et la suggestion religieuse. Archives d'anthropol. crim. etc. 1901, p. 453.

Caserio en prison. Notes d'un gardien. Ibidem, p. 474.

Lacassagne et Martin: Des résultats positifs et indiscutables que l'anthropologie criminelle peut fournir à l'élaboration ou l'application des lois Ibidem, p. 559.

Régis: Lucheni et Jean Jaques Rousseau. Ibidem, p. 552.

Fourquet: Les faux témoins (essai de psychologie criminelle). 1901. 172 p., Bertram, Chalon-sur-Saône.

Benuzzi: Antropologia y criminalogia. Santa fé 1901.

Ferri: Studi sulla criminalità ed altri saggi. 1901, Bocca, Torino. 542 S.

Binet-Sanglé: Histoire des suggestiones religieuses de François Rabelais. 1901, 85 S.

Prieur: Essai sur la psychologie du dépeçage criminel. Mercure de France, mai 1901.

Féré: Note sur une anomalie du pli d'opposition du pouce. Comptes-rendus de la Société de Biologie 1901.

Antonini: Studi di psicopatologia forense, 1901.

Cainer e Pelanda: I pazzi criminali nel Manicomio provinciale di Verona. Torino, Bocca, 1902.

Bruck: Strafkolonien. Die Woche, 1901, Nr. 38.

Pailhas: De la dégénérescance dans les vieilles localités. Ref. Revue de psych. 1901, Nr. 9.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Owinsk: Der bisherige II. Assistenzarzt Dr. Sturmhöfel ist als II. Arzt nach St. Thomas bei Andernach übergesiedelt, an seine Stelle trat Dr. Kurt Arlart, bisher Assistenzarzt an der Irrenanstalt Roda (Altenburg). Der praktische Arzt Dr. Adolf Ressel hat die Stelle des III. Assistenzarztes (6. Arztes) übernommen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 30. 19. Oktober. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Geisteskranken ohne Zellen und ohne Schlafmittel nebst einigen polemischen Bemerkungen.

Von *Dr. Hoppe*, Königsberg.

Auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Hannover am 28. Sept. 1897 hatte ich die Erfahrungen mitgetheilt, welche ich seit Oktober 1894 mit der Behandlung der Geisteskranken ohne Zellen und ohne Schlafmittel auf der Männerabtheilung der Prov.-Irrenanstalt Allenberg O.-Pr. gemacht hatte. Ich hatte damals, wenigstens was die zellenlose Behandlung anbetrifft, im ganzen noch über 6 refraktäre Fälle berichtet, bei welchen ich mich im Laufe der 3 Jahre gelegentlich veranlasst gesehen hatte das Princip zu durchbrechen. Zwischendurch waren natürlich Monate vergangen, in welchen keine einzige Isolirung stattgefunden hatte, und zu gleicher Zeit war wohl nie mehr als einer von den 6 Kranken isolirt gewesen. Auch in den letzten Monaten der Zeit, über welche ich 1897 berichtet hatte, war wie ich bereits damals erwähnt habe, eine Isolirung nicht mehr vorgekommen.

In den beinahe 4 Jahren, die seit dem Vortrage bis zu meinem Fortgange von Allenberg (1. Juni d. J.) verflossen sind, habe ich die zellen- und schlafmittellose Behandlung der Kranken fortgeführt, dieselbe ist mir auch ohne besondere Schwierigkeiten gelungen, mit Ausnahme eines einzigen Falles, über welchen ich zunächst ausführlich berichten will.

Es handelt sich um einen Gerichtsreferendar, der zur Zeit seiner Aufnahme in Allenberg im August 1898 26 Jahr alt war. Aus einer durch Geistesstörungen sehr schwer belasteten Familie stammend hatte er sich zunächst ganz gut entwickelt und auch seine Examina mit Erfolg bestanden. Als Einjähriger aber soll er bei seinem aufbrausenden und jähzornigen Charakter mit seinen Vorgesetzten fortgesetzt in schwere Conflikte gekommen sein. Als Referendar in einer kleinen Stadt fiel er bereits durch sein eigenthümliches Wesen auf und zwar in einer Weise, dass er für nicht normal gehalten wurde. Nachdem er noch einige Zeit beim Landgericht als Referendar thätig gewesen war, gab er plötzlich ganz unmotivirt die Karriere auf und ging nach Berlin, um Theologie zu studiren. Von dort kam er Ende Juni 1898 deutlich geistesgestört zurück. Die Haupterscheinungen, die er bot, waren grüblerisches Wesen, planloses Arbeiten und ebenso planloses Umherirren sowie Verfolgungsideen. Nachdem er kurze Zeit in der Irrenabtheilung eines Krankenhauses und im Anschluss daran 3 Wochen in einer



Irrenanstalt behandelt worden war, wurde er von seinen Eltern nach Haus genommen, aber, da seine zunehmende Unruhe die häusliche Behandlung unmöglich machte, bereits 14 Tage später nach Allenberg übergeführt. Bei seiner Aufnahme machte er den Eindruck eines in sich versunkenen Hallucinanten, der zwar orientirt war und die Vorgänge in seiner Umgebung aufzufassen vermochte, der aber so intensiv mit den Produkten seiner krankhaften Hirnthätigkeit beschäftigt war, dass er weder Zeit noch Interesse für seine Umgebung hatte und es erst wiederholter Fragen bedurfte, um ihn von sich ab und auf die realen Vorgänge hinzulenken. Er gab an, dass er Stimmen höre, alle Personen in seiner Umgebung sprächen: „Du sollst Gott glauben" oder „Er soll glauben"; bei allen Handlungen werde er zeitweise durch die Stimmen dirigirt, indem sich dieselben in alles hineinmischten; auch durch Zeichen werde er in seinem Thun bestimmt, so habe er an seinem Bett öfter klopfen hören, zum Zeichen, dass er aufstehen solle. Daneben beklagte er sich, dass sein Vater und andere Verwandte ihm feindlich gesinnt seien. Ueber sein weiteres Verhalten geben am besten die Journalaufzeichnungen Aufschluss.

10. 8. 1898. Läuft fortwährend unruhig umher, verlangt von dem Wärter bald bittend bald drohend seine Kleider und ist so störend, dass er nach der Wachabtheilung gebracht werden muss.

11. 8. Hochgradige Unruhe. Er verlässt fortwährend das Bett, läuft im Saal und im Nebenzimmer umher, schlägt mit der Faust an die Bettstelle, an die Thüren, er könne es nicht mehr aushalten, er müsse fort. Auf Unterhaltungen lässt er sich nicht ein, er verlangt nur seine Kleider, um nach Haus zu fahren zu seinen Eltern, die sich nach ihm sehnten.

13. 8. Auf sein Drängen erhält er die Erlaubniss aufzustehen und in den Garten zu gehen, aber auch hier will er nicht bleiben, sondern verlangt in den Park. Ganz unstet und ohne Rast.

15. 8. Schreit oft laut auf, er wolle fort zu seinen Eltern, und ist für jeden Zuspruch unzugänglich. Kommt oft auf den Korridor, rüttelt an den Thüren, steigt aufs Fenster und schreit hinaus. Da er immer störender wird, auf den Wachsaal der „Zellenabtheilung".

16. 8. Die ganze Nacht störend, schreit, er wolle zu seinen Eltern, die zum Besuch da seien, schlägt fortwährend den Nachtstuhldeckel laut zu. Am Tage steht er viel an der Ausgangsthür und drängt sich heraus, wenn dieselbe aufgemacht wird; schreit nach Kleidern, nach Briefpapier. Bei den Colloquien sieht er starr vor sich hin, beantwortet die an ihn gerichteten Fragen nur kurz oder gar nicht, um sofort seine Wünsche nach Kleidern, Entlassung etc. vorzubringen, die er energisch und oft laut schreiend wiederholt. Er habe die Stimmen seiner Eltern hier oft gehört, die müssten hier sein. — Er wird, weil er die andern Kranken zu sehr stört, in ein offnes Einzelzimmer gelegt.

18. 8. Beim Aufenthalt im Garten sucht er über die Mauer zu steigen. Auf der Abtheilung verlässt er fortwährend das Bett, geht im Corridor auf und ab oder steht an der Ausgangsthür. Verlangt einsichtslos zu jeder Tages- und Nachtzeit die Kleider und die Entlassung. Im Bade ist er nicht zu halten, er steigt fortwährend heraus und steht an der Thür.

19. 8. Hat Nachts in's Zimmer urinirt. Er schreit viel und campirt Tag und Nacht auf dem Corridor. Völlig von Sinnestäuschungen beherrscht und mit sich selbst beschäftigt, hat er nur den e i n e n Gedanken: hinaus. In den Wachsaal zurück.

21. 8. Gab heut Nachmittag, nachdem er lange Zeit nach den Kleidern geschrieen, dem Wärter, von dem er dieselben verlangt hatte, eine Ohrfeige; kurz darauf lief er einem andern Wärter, der nach dem Kaffee gehen wollte, nach und versetzte ihm ein Paar Ohrfeigen. Zur Rede gestellt, meint er: „Warum geben sie mir nicht die Kleider." — Ins offene Einzelzimmer.

23. 8. Steht stundenlang an der Glasthür zum Wachsaal und verlangt laut die Schlüssel, sein Vater sei da, um ihn abzuholen. Ganz einsichtslos und unzugänglich, öfter drohend und aggressiv. Heut hat er einen Kranken im Corridor ohne Grund gestossen. Bäderbehandlung unmöglich, da er nicht im Bade bleibt, sondern überall herausdrängt.

27. 8. Im allgemeinen unverändert. Er liegt stundenlang still, dann schreit er los: „Geben Sie mir die Kleider, geben Sie mir die Schlüssel, ich will nach Haus, mein Vater und meine Brüder sind da, die kommen mich abzuholen." Sobald die Thür zum Saal geöffnet wird, stürzt er nach und will sich hinausdrängen.

2. 9. Hat einige Tage ganz stumpf und still zu Bett gelegen.

5. 9. Wieder das alte Verhalten, hat einen Kranken ohne Grund gegen die Brust gestossen.

9. 9. Schreit fast fortwährend laut aus Leibeskräften: „Bringt mir die Kleider, sonst schlage ich alles entzwei", schimpft auch gelegentlich auf andre Kranke und schreit, dass sie ruhig sein sollen.

11. 9. Hat einem Kranken, der ihn neckt, ein Paar Schläge ins Gesicht gegeben. Im übrigen unverändert, steht viel an der Glasthür, stösst mit den Füssen gegen dieselbe und verlangt schreiend hinaus.

12. 9. Hat einen Kranken, der ihn zur Ruhe verwies, auf den Kopf geschlagen.

17. 9. Zuweilen liegt er einige Stunden oder auch einen halben Tag ruhig da und verlangt nur gelegentlich die Kleider oder stürzt sich an die Thür, sobald er dieselbe öffnen hört. Meist aber steht er im Hemd auf dem Corridor mit gesenktem Kopf vor sich hinstarrend und erhebt nur von Zeit zu Zeit seine Stimme, um nach seinen Kleidern, nach den Schlüsseln, nach einem Einlauf zu schreien. Bei den Visiten wenig zugänglich, antwortet auf alle Fragen nur, er wolle hinaus, hier könne er nicht bleiben.

21. 9. Hat in der Nacht wieder zwei Kranke geschlagen, dem einen gab er ein Paar Ohrfeigen, mit dem andern kam es zu einem Kampfe.



Wird dem Stationsführer gegenüber jetzt sehr drohend, schreit, er schlage ihm die Knochen entzwei, wenn er ihm nicht die Kleider gebe.

27. 9. Nach einigen Tagen grösserer Ruhe wird er in alter Weise störend. Schreit jetzt viel in eigenthümlich klagendem und kindischem Tone: „Mutter, komm' mich holen."

10. 10. Hört, wie er heut angiebt, Stimmen in der Brust, im Kopfe, um sich und über sich, von der Decke, die ihm Befehle geben, wie: Du sollst keinen Kaffee trinken, du sollst still liegen, du sollst schlagen etc., und die sich (es ist besonders eine männliche und eine weibliche Stimme) über seine Verhältnisse unterhalten, über die Seelenstimmung in ihm, besonders aber über sein äusseres Verhalten.

Um nicht durch weitere ausführliche Mittheilungen der Notizen zu sehr zu ermüden, will ich nur zusammenfassend bemerken, dass Pat. immer unleidlicher und aggressiver wurde. Statt im Einzelzimmer zu bleiben, campirte er fast fortwährend auf dem Corridor, stürzte sich, sobald die Thür geöffnet wurde, an dieselbe, um sich hindurchzudrängen, stand stundenlang an der Thür, schlug an dieselbe und schrie aus Leibeskräften, dass man ihm öffnen solle, er wolle die Kleider, er wolle hinaus, kam häufig mit den Insassen der andern Einzelzimmer in Conflikt und schlug bei jeder Gelegenheit auf sie los, attaquirte die Wärter und suchte ihnen die Schlüssel zu entreissen, so dass es sehr oft zu Balgereien kam. Im Wachsaal war er noch störender und absolut unmöglich, die Versuche, ihn im Bade zu halten, scheiterten, so oft sie wiederholt wurden, an dem ganz ungeberdigen Wesen des Patienten. Und da die Klagen über den Patienten sich mehrten und von mir gefordert wurde, endlich Abhilfe zu schaffen, so musste ich schliesslich im December 1898 in die Isolirung willigen. Aber auch hinter der geschlossenen Zellenthür machte er die allergrössten Schwierigkeiten. Er lärmte fast ununterbrochen Tag und Nacht („Ihr Hunde, Ihr Schufte, gebt mir meine Kleider, ich will zu meinem Vater"), attaquirte die Wärter, sowie sie in die Zelle traten, warf ihnen das Essgeschirr an den Kopf, stiess mit den Füssen nach ihnen und versuchte, sobald die Thür geöffnet wurde, indem er sich wie ein Pfeil nach derselben stürzte, sich hindurchzudrängen, so dass fast regelmässig eine Balgerei entstand und 3 oder 4 Wärter Mühe hatten, ihn zurückzuhalten und die Thür zu schliessen, bevor er sich zwischen Thür und Pfosten geklemmt hatte. Wenn er zum Austreten auf das Closet geführt wurde, schlug er, wo er nur konnte, auf die im Corridor liegenden Kranken los, stiess nach ihnen mit den Füssen oder spuckte ihnen ins Gesicht, was er auch den Wärtern und Aerzten gegenüber mit Vorliebe that. Bald wurde er auch sehr unreinlich, er deponirte täglich Stuhlgang und Urin in der Zelle und begann schliesslich mit den Excrementen die Zellenwände zu bewerfen und zu beschmieren; auch sein Essen warf er häufig in die Zelle und machte allerhand Schmutzereien mit demselben. Prophylaktische Ausspülungen des Darmkanals waren unmöglich, da er sich so dagegen sträubte, dass 5 Wärter ihn nicht halten konnten. So musste man ihn denn gewähren lassen und, obgleich gerade für diesen Fall die Zellenbehandlung das unzweckmässigste war, was man sich denken konnte, dieselbe wochen- und monatelang fortsetzen, da alle Versuche, ihn wieder in Gesellschaft anderer Kranker zu halten, an seinem ruhelosen Hinausdrängen und seinem aggressiven Wesen scheiterten. Endlich, im December 1899, nachdem er beinahe ein Jahr andauernd isolirt gewesen war, gelang ein solcher Versuch, da schliesslich doch eine gewisse Abstumpfung und Beruhigung eingetreten war. Und obgleich Pat. zeitweise noch sehr störend und gelegentlich auch gewaltthätig war, so liess es sich doch im offenen Einzelzimmer, zeitweise auch im Wachsaal, mit ihm auskommen.

In den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren ist dann kein Kranker mehr isolirt gewesen, ebenso wie in den $1\frac{1}{2}$ Jahren vom Juli 1897 bis December 1899 eine Isolirung nicht stattgefunden hatte.

Es ist möglich, dass unter andern Umständen auch in diesem Falle, den ich so ausführlich mitgetheilt habe, damit sich jeder ein Urtheil darüber bilden kann und weil man aus einem Misserfolge am meisten lernt, die Isolirung zu umgehen gewesen wäre. Dass die Bäderbehandlung bei noch grösserer Energie und Geduld schliesslich gelungen wäre, halte ich bei dem ganz einsichtslosen Fortdrängen und dem unzugänglichen Wesen des Patienten für wenig wahrscheinlich. Für ebenso wenig wahrscheinlich halte ich es, dass Narcotica gerade bei diesem Kranken, dessen Verhalten vorzugsweise durch Sinnestäuschungen bestimmt wurde, zum Ziele geführt hätten, man hätte ihn denn gerade andauernd unter Narkose halten müssen. Wenn allerdings wie in Lübeck keine verschliessbaren Isolirzellen zur Verfügung gestanden hätten, so hätte man sich ja unter allen Umständen anders helfen müssen. Uebrigens sind in Allenberg im letzten Jahre die Zellen auf der Männerseite mit Ausnahme von dreien cassirt worden, indem die Zellenthüren einfach herausgehoben wurden, so dass die Zellen jetzt Logen des Corridors bilden, welche zur Separation besonders störender oder grösserer Ruhe bedürftiger Kranker dienen, ebenso wie früher (und jetzt noch die 3 bestehenden) offenen Zellen. Bieten diese nebeneinander liegenden Logen den Vortheil der bequemen Uebersicht über die in



ihnen untergebrachten Kranken, so haben sie doch für manche Kranke den Nachtheil, dass sie sich nicht, wenn sie es wünschen, gegen die Umgebung durch Anlehnen der Thür abschliessen können. Trotzdem würde ich die Beseitigung auch der übrigen Zellenthüren für zweckmässig halten, damit die Möglichkeit der Isolirung ein für allemal ausgeschlossen ist.

Was die 6 Kranken betrifft, über die ich in meinem Vortrage in Hannover als Fehlfälle berichtet habe, so war einer, wie ich bereits damals mitgetheilt hatte, Ende 1895 gebessert entlassen worden, das gleiche war mit den 2 Paranoikern der Fall, welche in der letzten Zeit, wie ich gleichfalls damals mitgetheilt hatte, nicht mehr isolirt gewesen waren. Bei den 3 übrigen Kranken, die sich noch in der Anstalt befinden, ist es gelungen, die Isolirung in den 4 letzten Jahren zu vermeiden. Als besonderen Vorzug betrachte ich dies bei dem ersten von den beiden Periodikern (s. S. 98 des Versammlungsberichts 1897), dessen zügelloses Verhalten während der Anfälle, die ich in dem Vortrage geschildert habe, geradezu jeder Beschreibung spottete. Wie schon bei dem letzten der in dem Vortrage berücksichtigten Anfälle, so konnte auch bei den ziemlich zahlreichen Anfällen der letzten 4 Jahre die Bäderbehandlung bei ihm durchgesetzt werden. Sobald er wegen eines Anfalls auf die Zellenabtheilung kam, wurde er für den ganzen Tag ins Bad gesetzt, wo er, wenn er auch wiederholt herausstieg und oft das Wasser herausspritzte, im allgemeinen doch blieb. Er schlief nach dem Bade nachts einige Stunden, war nachher allerdings wieder ziemlich störend, aber doch nicht so, dass er sich im Wachsaal unmöglich machte wie früher. Dass die Anfälle milder geworden seien, wird man wohl nicht sagen können, sondern man wird den Erfolg der von Beginn der Anfälle eingeleiteten und consequent durchgeführten Dauerbadbehandlung zuschreiben müssen.

Fasse ich die Erfahrungen der beinahe 7 Jahre zusammen, so kann ich nur sagen, dass die Behandlung der Geisteskranken gleichzeitig ohne Zellen und ohne Schlafmittel im allgemeinen ohne besondere Schwierigkeiten durchgeführt werden konnte und dass auch in denjenigen wenigen Fällen, in welchen die principielle Durchführung der zellenlosen Behandlung anfangs durchbrochen wurde, mit der Zeit die weitere Erfahrung dazu geführt hat, dieselbe durchzusetzen. Dabei ist Allenberg eine Heil- und Pflegeanstalt mit zahlreichen Aufnahmen und zahlreichen chronischen Fällen, die nicht abgeschoben werden können, wie in einem Stadtasyl; die Männerseite hat bei einem durchschnittlichen Bestand von 450 Kranken ca. 130 Aufnahmen im Jahre. Als Beruhigungsmittel wurde nur Bettruhe und Bäderbehandlung angewandt. Für die letztere standen auf der „Zellenabtheilung", die regelmässig mit 17—18, zeitweise auch noch mit mehr Kranken belegt war (bei starker Ueberfüllung und einer Ueberzahl von unruhigen Elementen mussten manchmal auch die „Zellencorridore" belegt werden) nur 2 Badewannen zur Verfügung (die selbstverständlich nicht mit Deckeln versehen waren, wie denn überhaupt in Allenberg niemals Deckelwannen verwendet worden sind), so dass die Behandlung mit Dauerbädern manchmal sehr erschwert war. Von der Anwendung der feuchten Einwicklungen bin ich, wie ich schon in meinem Vortrage bemerkt habe, immer mehr zurückgekommen, ich habe dieselben in den letzten Jahren nur noch ganz ausnahmsweise einmal appliciren lassen. Narcotica habe ich wie gesagt in den letzten 4 Jahren ebenso wenig verwandt wie in den 3 vorhergegangenen, ohne dass eine besonders starke Unruhe bei Tage oder bei Nacht sich bemerkbar gemacht hätte. Ich kann auch nach den Erfahrungen der letzten 4 Jahre nur meiner Ueberzeugung dahin Ausdruck geben, dass die Narcotica ebenso überflüssig sind wie die Isolirungen und dass man, wie man in den letzten Jahren in einzelnen Anstalten gelernt hat, ohne Isolirungen auszukommen oder dieselben auf ein Minimum zu reduciren, so auch schliesslich dazu kommen wird, die Schlafmittel, deren zunehmende Einschränkung gleichfalls aus vielen Anstalten in den letzten Jahren berichtet wird, völlig zu entbehren oder nur ausnahmsweise einmal anzuwenden. Dass Fälle vorkommen können, wo man sich dazu veranlasst sieht, will ich durchaus nicht bestreiten, was aber mit der principiellen Fortlassung der Narcotica nichts zu thun hat, ebenso wie ich zugeben will, dass in exceptionellen Fällen die Nothwendigkeit einer Isolirung herantreten kann, ja dass man ausnahmsweise auch einmal (bei Verwundeten oder Operirten, die alle Verbände abreissen) in die Lage kommen kann die Zwangsjacke anzulegen (notabene, wenn man, was ja heutzutage eine Seltenheit geworden ist, über eine solche verfügt) resp. durch ein improvisirtes Zwangsmittel ähnlicher Art zu ersetzen.

Ich habe allerdings in einer 13jährigen Praxis niemals eine derartige Nothwendigkeit gesehen — Ich glaube auch, dass in den letzten beiden Jahrzehnten in den allermeisten deutschen Irrenanstalten sich niemals diese Nothwendigkeit gezeigt hat*), während man in

*) Im Jahresbericht 1897/98 der Irrenanstalt Frankfurt a. M. allerdings ist 6 mal zwangsmässiges Festlegen im Bett (durchschnittlich 5 Tage lang) erwähnt, in 4 Fällen wegen schwerer chirurgischer Affektionen, in 2 Fällen wegen bedenklicher Collapszustände im Verlauf tobsüchtiger Erregung.



Oesterreich, wo viele Anstaltsberichte fast alljährlich eine Reihe solcher Fälle zu verzeichnen haben, man noch öfter in die Lage zu kommen scheint, von der Zwangsjacke Gebrauch zu machen, jedenfalls weil sie daselbst noch nicht völlig cassirt ist wie in den deutschen Anstalten, wo es in den letzten 20 oder 25 Jahren ernstes Princip geworden ist, keine Zwangsjacke mehr zu verwenden. Ein solches ernstes Princip muss es auch werden, nicht mehr zu isoliren, dann wird man auch selten in die Lage kommen, eine Isolirung auch nur für wünschenswerth zu halten. Die Gepflogenheit, welche noch vor wenigen Jahren in den meisten Irrenanstalten herrschte, jeden tobsüchtig erregten Kranken in die Zelle zu legen und ihn sich dort hinter verschlossener Thür „austoben" zu lassen, wird vor allen Dingen aufhören müssen. Tobsüchtig erregte und verwirrte Kranke gehören am allerwenigsten in die Zelle, sondern bedürfen vor allen Kranken der Aufsicht, Wartung und Pflege, welche sie in unsern öffentlichen Irrenanstalten nur im Wachsaal finden können*).

Bleuler bezeichnet im Gegentheil in seinem Aufsatz „Die Neubauten der Pflegeanstalt Rheinau" (diese Wochenschrift Jahrg. I, S. 278) das Einzelzimmer für eine Wohlthat, welche er „ohne dringende Noth den Kranken, die störend sind, also auch unter störenden Elementen leben müssen, nicht entziehen" möchte. Ja, will Bleuler denn alle störenden Elemente isoliren? Und glaubt denn Bleuler, dass Kranke, welche in 6 oder 8 hintereinandergereihten Zellen eingesperrt sind, wie sie die Zellencorridore auf seiner Zeichnung des neuen Zellenbaues in Rheinau (S. 278) zeigen, sich nicht gegenseitig stören, wenn sie in ihren Zellen lärmen und singen, an die Thüren poltern und durch die Fenster schreien, dass es weit hinausschallt über Gärten und Höfe und selbst Kranke anderer Abtheilungen belästigt? Ich kenne nichts störenderes und abschreckenderes als solch einen Zellencorridor, ganz abgesehen von der mit der Zellenwirthschaft nothwendig verbundenen Unsauberkeit. Ich habe 4 Jahre mit solchen Zellencorridoren, wo 4 resp. 5 Zellen hintereinander lagen, gewirthschaftet, ich weiss auch wie es auf der Zellenabtheilung der Frauenseite in Allenberg zugeht, wo noch in einem 1889/90 errichteten Anbau ein Zellencorridor mit 8 Zellen zur Verfügung steht, selbst wenn die Zellen nur zum Theil besetzt sind. Ich spreche also aus Erfahrung. Stören sich die Kranken im Wachsaal aber wirklich so sehr, dass man das Isoliren als eine Wohlthat für sie bezeichnen kann? Ich muss das entschieden bestreiten. Die Kranken, die hier in Betracht kommen, sind im Allgemeinen viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt, als dass sie sich besonders um einander kümmerten und durch lautes Sprechen oder Singen des Nachbarn in nennenswerther Weise belästigt würden. Ich bin ja in der Lage, die Zellenbehandlung mit der zellenlosen Behandlung vergleichen zu können, da ich über beide Erfahrung habe, und kann nur sagen, dass es im Wachsaal im Allgemeinen lange nicht so laut und störend ist, als es früher in den Zellen war. Erst durch das Isoliren wird die „Zellenabtheilung" zur „Tobabtheilung". Uebrigens kann man ja Kranke, welchen es im Wachsaal zu störend sein sollte, ebenso wie gewisse störende Elemente in offenen Einzelzimmern separiren, während die störendsten Elemente durch Unterbringung in dem Baderaum wenigstens bei Tage unschädlich gemacht werden können, in der Nacht aber nach dem Dauerbade meist einige Stunden schlafen.

(Schluss folgt.)

*) Auf einen grossen Missbrauch, der zwar nicht nothwendig, aber wie es scheint, sehr häufig mit dem Isolirungssystem verbunden ist, will ich nur hindeuten: an vielen Anstalten hat sich die Gewohnheit herausgebildet, dass das Wartpersonal einen Kranken, der erregt oder störend wird, einfach isolirt, und es dem Abtheilungsarzt hinterher nur meldet, (ich kenne selbst Collegen die diesen Modus anwenden und vertheidigen) oder aber der Abtheilungsarzt lässt sich eingetretene Störungen melden und verfügt von seinem Zimmer aus die Isolirung, welche der Wärter häufig mit seiner Meldung nur herbeiführen will.

Mittheilungen.

— Im Anschluss an die am 28. u. 29. October in Breslau tagende Jahresversammlung des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke in Breslau findet auch die zweite Conferenz der Trinkerheilanstalten des deutschen Sprachgebietes ebendaselbst statt. Montag, 28. X. abends 7 Uhr zwanglose Zusammenkunft Hotel Monopol, Wallstrasse. Dienstag, 29. nachm. 3 Uhr in der Aula der Universität Vorträge von Dr. Waldschmidt-Charlottenburg, Seiler, Kl. Drenzig, Pastor Goebel, Pastor Kruse, Med.-Rath Martius, u. A. (Hierbei sei auf ein von Dr. Waldschmidt herausgegebenes „Auskunftsblatt über die Trinkerheilanstalten Deutschlands nach ihrer geographischen Lage." Preis 5 Pfg. Hildesheim, im Verlag des oben erstgenannten Vereins, hingewiesen).

— **München.** Für den Bau der neuen Irrenklinik, die zugleich als Stadtasyl für Geisteskranke dienen soll,

ist der Universität ein der Stadt gehöriges Gelände an der Nussbaum- und der Goethestrasse nach Maassgabe des Erbbaurechts überlassen worden, das beim Ankauf etwa eine Million M. gekostet haben würde. Der Bau, die Einrichtung und die wissenschaftliche Ausstattung der Universitäts-Irrenklinik, die 100 Kranken Aufnahme gewähren soll, ist auf $1\frac{1}{2}$ Millionen Mark veranschlagt.

— **Ungarn.** Vom 20. bis 25. August tagte in Bártfa die 31. Wanderversamlung der ungarischen Aerzte und Naturforscher, in welcher auch Vorträge gegen den Alkoholismus gehalten wurden, woran sich eine interessante Diskussion knüpfte:

Zuerst spricht Dr. Friedrich Reusz von Ráthony über die physiologische Wirkung des Alkohols. Vortragender wendet sich hauptsächlich gegen die angebliche ernährende und stärkende Wirkung des Alkohols, bespricht alle diesbezüglichen massgebenden Versuche und stellt den Satz auf, dass der Alkohol den Bedingungen nicht entspricht, welche von einem Nahrungsmittel unbedingt gefordert werden müssen und deshalb als solches keine Verwendung finden darf. Eingehend bespricht er, dass die scheinbare Erhöhung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit nur auf ein durch Herabsetzung des Beurtheilungsvermögens erhöhtes Selbstbewusstsein zurückzuführen sei und dass thatsächlich eine erhebliche Verminderung der Leistungfähigkeit bestehe. Dr. Philipp Stein spricht dann über die Abwehr des Alkoholismus in Ungarn. Zuerst erwähnt er die gänzliche Indolenz, mit welcher sowohl die Gesellschaft wie der Staat der Alkoholfrage in Ungarn gegenüber ständen, streift dann die Schäden des Alkoholgenusses vom socialen und nationalökonomischen Standpunkte, und hebt hervor, dass der Kampf nur dann zu einem Resultate führe, wenn er von der Staatsgewalt und von der Gesellschaft gemeinsam geführt würde. Bisher sei in Ungarn vom Staate nur in der allerletzten Zeit etwas geschehen, indem der Minister des Innern auf Initiative des um die Sanitätsverhältnisse Ungarns auch sonst hoch verdienten Ministerialrath Kornel Chyzer eine Zählung der Alkoholiker veranlasste und ausserdem anordnete, dass die aus den Irrenanstalten entlassenen Alkoholiker von Amtswegen dem ungarischen Alkoholgegnerbund überwiesen werden. Auch die Gesellschaft beschäftigte sich mit dieser Frage erst in der letzten Zeit, wo sowohl der ungarische Alkoholgegnerbund, wie der Ungar. Zweigverein vom Blauen Kreuz und auch die Guttemplerloge Hungaria I gegründet wurden, welche sich aber schon mit Rücksicht auf die kurze Zeit ihres Wirkens bisher nur mit moralischen Erfolgen begnügen mussten. Nothwendig wäre neben diesen drei Vereinen, die auf dem Standpunkte totaler Abstinenz stehen, die Bildung einer allgemeinen antialkoholischen Liga, welche den Kampf vorderhand nur auf dem Branntwein ausdehnen und das in dieser Frage gänzlich unorientirte ungarische Publikum für die Abstinenzvereine vorbereiten würde, ausserdem die Einbeziehung der Aerzte und Lehrer in diese Bewegung. Zum Schlusse stellt Vortragender den Antrag, die Wanderversammlung möge an den Minister des Innern eine Resolution richten, wonach zum Studium der Alkoholfrage und zur Abwehr des Alkoholismus in Ungarn von Amtswegen ein Comité entsendet werde.

Diskussion: Ministerialrath Cornel Chyzer spricht seine Freude darüber aus, dass diese Frage hier aufgeworfen wurde und dass der Kampf gegen den Alkoholismus auch in Ungarn concrete Gestalt angenommen habe. Doch so sehr er auch die Nothwendigkeit und die Dringlichkeit der Bewegung seinerseits einsehe, würde er es doch für angezeigter finden, wenn die Wanderversammlung das Comité, ohne sich an den Minister zu wenden, aus seinem eigenen Schosse entsenden würde.

Primararzt Salgó bespricht eingehend die Nothwendigkeit der Antialkoholbewegung in Ungarn und stimmte besonders darin mit Vortragendem überein, dass Aerzte und Lehrer in die Bewegung einbezogen werden müssten, doch sei er auch dafür, dass die Wanderversammlung das Comité selbst entsenden möge.

Reusz v. Ráthony bringt vor, dass die vom Vortragenden Stein gewünschte Antialkoholistische Liga im Werden begriffen sei. Primararzt Salgó ist gegen diese Liga, da nur die Abstinenzvereine Erfolge haben. Stein beruft sich darauf, dass er schon in seinem Vortrage erwähnt habe, dass nur die Abstinenzvereine Resultate zu erzielen vermögen und dass er in jeder Hinsicht auf dem Standpunkte totaler Abstinenz stehe, doch würde er mit Rücksicht auf die speciellen Verhältnisse Ungarns eine solche Liga als Uebergang angezeigt finden. Seinen Antrag ändere er im Sinne Chyzers ab. Der Antrag wird hierauf dem Generalausschusse der Wanderversammlung überwiesen.

Referate.

— Psychiatrische en neurologische Bladen. 1901. No. 1. Couvée und Salomonson bringen ein Gutachten, das von ihnen in einem Fall von Homosexualität vom Gericht gefordert worden war. Es ist die Geschichte eines Urnings. Wer eine gelesen hat, kennt sie alle. Aber die Vf. veröffentlichen den Fall wegen seiner Seltenheit in Holland. Angeklagter ist Lehrer und der Unzucht mit Abendschülern beschuldigt. Er wurde 1865 geboren und ist ziemlich stark belastet. In der Familie kamen Sonderlinge und Erfinder (perpetuum mobile) vor, einige Mitglieder litten an Nervenzufällen. Der Betr. selbst blieb Anfangs in der Entwicklung zurück, machte aber dann später gute Fortschritte. In Folge häuslicher Zwistigkeiten war er furchtsam und schüchtern. In der Schule schloss er sich eng an einen Kameraden an. Sie schworen sich ewige Freundschaft und spielten mit ihren Genitalien. Mit 14 Jahren wurde er von einem andern Jungen zur Masturbation verführt, was ihm sehr zusagte. Er onanirte bis zweimal täglich. Mit 18 Jahren schloss er wieder „Freundschaft" mit einem 15jährigen Jungen. Mit 23 Jahren — er war mittlerweile trotz schlechten Gedächtnisses, aber durch Fleiss Lehrer geworden — begegnete er im Hause seiner Mutter einem 17jährigen



Jungen; Freundschaft, Onanie. Später hatte er es dann mit einem Abendschüler zu thun, ein Fall, der seine Verhaftung herbeiführte.

Charakteristisch ist seine Abneigung gegen Frauen. Als er einmal die Freundin seiner Schwester küssen sollte, wischte er sich nachher sogar den Mund ab und fühlte sich unpässlich, während er beim Küssen von Jungen ein wollüstiges Gefühl verspürte. Je mehr seine „Geliebten“ den Weibern nachliefen, um so mehr hasste er die Weiber, die sie ihm wegschnappten. Manchmal kam er sich unglücklich vor, weil er nicht fühlte, wie andre Menschen, dachte auch an Selbstmord, wovor ihn aber seine spiritistischen Anschauungen bewahrten. Am liebsten verkehrte er mit Jungens von 10—20 Jahren. Viel hing von ihrem Aeussern ab, die Art der Kleider, der Hände und dergl. steigerten oder schwächten seine Zuneigung. Im Gefängniss schrieb er einen sentimental-frömmelnden Abschiedsbrief an seinen Geliebten, von dem Genre: „Wenn Du diesen Brief erhältst, bin ich nicht mehr am Leben“.

Wie die Vf. behaupten können, in seiner Liebe überwiege das Platonische, ist nicht ganz verständlich, denn er hat doch mit jedem seiner Geliebten tapfer onanirt. Dazu glaubte er auch noch, dass seine Handlungen für seine Opfer keine schlimmen Folgen hinterliessen. Dann tröstete er sich mit dem Verhältniss zwischen David und Jonathan, das Gott auch wohlgefällig gewesen sein soll, und wünscht sich, zwar nicht in's Pfefferland, wohl aber nach Italien oder Spanien, wo man derlei ungestraft thun dürfe. Der Fall zeigt immerhin, welche moralischen Verwüstungen manche Urninge anrichten können.

Die sichtbaren Anomalien bestanden in: Tremor des Kopfes und der Hände. Ungleichheit der Pupillen. Gesichtsfeldeinengung. Myopie - 10 D. Rechte Gesichtshälfte stärker innervirt. Zunge nach links abweichend. Asymmetrie des Schädels. Temporalarterien stark geschlängelt. Kopfumfang 58 cm. Reflexe ohne Besonderheiten.

Was die Frage der Zurechnungsfähigkeit betrifft, so sagen die Vf., dass seine Handlungen entweder aus seiner abnormen Anlage entspringen, sie erklären sich aber für inkompetent zu entscheiden, ob die vorliegenden Handlungen, die er als Lehrer und an Jungens verübt hat, ihm zugerechnet werden können, oder nicht. Die obligate Selbstbiographie und ein Liebesgedicht machen den Schluss. —

Van Deventer beklagt das Unsichereund Schwankende in der Benennung der Geisteskrankheiten. Ein und dieselbe Krankheit wird oft mit verschiedenen Namen bezeichnet. Bei den auf dem Boden der Imbecillität entstandenen Erkrankungen, diagnosticirt der eine Imbecillität, der andre die Folgekrankheit. So auch bei der Paranoia, wenn sie in Dementia übergegangen ist. Manche vereinigen unter insania periodica alle periodisch verlaufenden Fälle, andre wieder nur die Fälle von insania cyclica. Diese heillose Konfusion kommt dann in der Statistik zum offiziellen Ausdruck. Vf. schlägt die Ernennung einer Kommission vor, bestehend aus Inspektoren, Gerichtsärzten und Professoren, die grössere Klarheit in der Namengebung bringen sollen. —

Derselbe Vf. schreibt eine kleine Abhandlung über freie Verpflegung. Aus den historischen Bemerkungen mag seine Behauptung angeführt werden, dass zuerst auf dem Festlande in Meerenberg das no-restraint System eingeführt worden sei, und zwar unter Dr. Everts und Dr. van Leensven, nach ihrem Besuche in England. Im übrigen empfiehlt Vf. die Familienpflege. Man bringe die geeigneten Kranken in der Nähe der Anstalt in Häuschen unter, unter der Fürsorge von verheirathetem Pflegepersonal. Für geisteskranke Verbrecher empfiehlt er besondere Anstalten. —

Van der Lith bringt eine kurze Notiz über Asfurigeh, der am Libanon in der Nähe von Beiret gelegenen Irrenanstalt. Hauptsächlich durch die Bemühungen von Waldmeyer, der überall, besonders in Holland, Komité's gründete, zu Stande gekommen, sollte die Anstalt eine nach modernen Anschauungen geleitete Zufluchtsstätte für die Geisteskranken Syriens sein, die sonst den Misshandlungen teufelaustreibender mohamedanischer Mönche preisgegeben sind. Die Anstalt wurde am 6. August 1900 eröffnet und zu ihrem Leiter Dr. Otto Wolf, seit 1894 Assistenz-Arzt in Münsterlingen, ernannt. Am 20. December 1900 zählte die Anstalt 15 M. und 9 Frauen, deren Verpflegung aus wohlthätigen Gaben bestritten werden muss. —

Im Neurologischen Centralblatt (Nr. 2, 1898) hat Wertheim Salomonson eine kleine Abhandlung über Elektrodiagnostik bei Oculomotorius-Lähmungen veröffentlicht. Nun bringt er in den „Bladen“ acht neue Fälle, die theils der Tabes, theils der Paralyse angehörten und jenes Symptom zeigten. Von den Augenmuskeln ist nur der Levator palpebrae superioris der direkten perkutanen elektrischen Reizung zugänglich. Bei normalen Menschen ist der Muskel weder galvanisch, noch faradisch reizbar, dagegen ist er es bei Oculomotorius-Paralyse für den galvanischen Strom. Bei jenen 8 Fällen mit vollständiger Oculomotorius-Paralyse hat S. deutliche Entartungsreaktion beobachtet. Die erste Kontraktion des Levator erzielte er im Mittel am 15. Tag, in einem Fall schon am 11. Tag, in einem andern erst am 18. Bei den schwereren Fällen wurde die grösste Reizbarkeit am 25. Tag wahrgenommen. Die dazu nöthige Stromstärke konnte rasch herabgesetzt werden, bis 0,1 milliampère. Am leichtesten trat die Kathodenschliessungszuckung ein, dann die Anodenöffnungszuckung, bald auch Anodenschliessungszuckung. Prognostisch wichtig war, dass es sich bei steigender Reizbarkeit des Muskels um eine mittelschwere, oder schwere Form der Lähmung handelte, während ein rasches Sinken der Reizbarkeit mit der beginnenden Genesung zusammenfiel. Vf. veröffentlicht im Anschluss an diese Fälle zwei andre mit Oculomotorius-Lähmung, bei denen keine Reizung im Levator hervorgerufen werden konnte. Vf. glaubt, dass diese Lähmungen nukleären und fascikulären Ursprungs seien, wobei immer noch soviele Kerne oder Fasern intakt blieben, um eine Entartung im Muskel zu verhüten. Die Entartungsreaktion trat nur bei peripherer Oculomotorius-Lähmung auf. —



Am 13. I. 1901 wurde die „Geneeskundige Vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswesen in Nederland en zijne kolonien" in Utrecht gegründet. Die Gesellschaft hat den Zweck dem Krankenhauswesen eine praktisch-wissenschaftliche Basis zu geben und den persönlichen Verkehr unter den Aerzten der Krankenhäuser zu fördern. Einmal im Jahr findet eine Versammlung statt, in der alle praktisch-wissenschaftlichen, das Krankenhauswesen betreffenden Fragen behandelt werden sollen, vor allem mit Demonstrationen, und da, wo die Einrichtungen der Anstalten ein besonderes Interesse bieten. Auch mit dem Militärsanitätswesen wird sich die Gesellschaft beschäftigen.

Die Gesellschaft besteht aus ordentlichen, ausserordentlichen und Ehren-Mitgliedern. Zur ersten Sorte gehören die ärztlichen, und zur zweiten die nichtärztlichen Leiter von Krankenanstalten. Der jährliche Beitrag beträgt für die ordentlichen Mitglieder 2,50 fr., für die ausserordentlichen 1 fr. Ganter.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Ich bin wahrlich kein Freund von persönlichen Streitigkeiten und gehe ihnen aus dem Wege, wo ich irgend kann. Aber Wattenberg's geschmackvolle „Erwiderung" in Sachen „zellenlose Behandlung" in No. 27 nöthigt mich dazu, noch einmal das Wort zu ergreifen, weniger um meinetwillen, als für die vielen andern Psychiater, die Wattenberg mit seiner moralischen Standrede (vergl. No. 25 d. W., S. 261) gemeint hat. Denn uns (es waren ausser mir in Treptow noch anwesend Moeli, Knecht, Mercklin, Prof. Westphal, Kolla u. Andere) scheint Wattenberg ja nicht gemeint zu haben. Abgesehen davon, dass die Anwesenden immer ausgenommen sind, spricht Wattenberg in seiner „Erklärung" mir gegenüber von „unberechtigter Eigenbeziehung".

Er hätte auch eigentlich mit mir zufrieden sein können, denn ich habe ja immerfort erklärt, dass ich die zellenlose Behandlung durchzuführen wünsche, sobald ich irgend kann, und dass jetzt schon — und schon länger — mancher Tag vergeht, ohne dass hier Jemand in der Zelle sitzt. Und dies ist der Fall, trotzdem wir über 600 Kranke, darunter viele frische und schwierige Fälle und — leider auch irre Verbrecher im Hause haben.

Auch für Mercklin hätte er volle Anerkennung zollen müssen, denn dieser wies uns nach, dass er die Zellenisolierung bereits seit einiger Zeit völlig und grundsätzlich vermeiden konnte. Statt dessen schwächt Wattenberg Mercklin's Verdienst ab durch Einschaltung der Worte „anscheinend unbewusst" (s. No. 25 S. 261). Als ob in bewusster Weise nur Er, der grosse Reformator der Psychiatrie im Nebenamt, so handeln könnte.

Wie ich von ärztlichen Besuchern der Lübecker Anstalt erfahre, werden dort etwa 155 Kranke verpflegt, meist ältere, z. Th. abgelaufene Fälle. Die alte winkelige uud verbaute Anstalt enthält viele kleine Einzelräume, welche zum „Separieren" benutzt und dabei auch bei Tage zuweilen verschlossen werden. Aufnahmen fanden in den letzten Jahren etwa 50 bis 60 jährlich statt. Das Aufnahmeverfahren in Lübeck ist ein umständliches und die frischen Fälle werden daher meist zuerst in das allgemeine Krankenhaus aufgenommen und bleiben darin, bis die langwierigen Formalitäten erledigt sind. Ob die Geisteskranken im Krankenhause isoliert werden, weiss ich nicht; ich hörte, dass dort zuweilen Selbstmorde und Unglücksfälle bei Geisteskranken vorkommen. — Dass in einer so kleinen Irrenanstalt mit so wenig frischen Fällen, so zahlreichen Einzelräumen und so reichlichem Wartpersonal (1 : 5) die zellenlose Behandlung nicht so schwierig ist, wird man begreifen. Wattenberg, der selbst nicht in der Anstalt wohnt, sondern nur einige Stunden am Tage hinkommt, leitet sie also gewissermassen „im Nebenamt".

Wattenberg's Verdienst soll ihm deshalb nicht verkümmert werden. Ich wende mich auch nur provociert gegen seine Angriffe auf die übrigen Psychiater, welche mit unvergleichlich viel schwierigeren Verhältnissen zu kämpfen haben. Er sollte Ihnen die nöthige Zeit lassen und nicht gleich ihre moralische Qualification anzweifeln.

Das habe ich noch sagen wollen, und nun ist der persönliche Streit für mich endgiltig erledigt.

Lauenburg i. P. Siemens.

— **Schlusswort in Sachen „zellenlose Behandlung."** Obige Ausführungen von Siemens, die sich auf Mittheilungen flüchtiger Besucher unserer Anstalt stützen, enthalten eine Reihe neuer Irrthümer, der gröbere in Nachfolgendem richtig gestellt seien:

Das Aufnahmeverfahren an unserer Anstalt ist kein umständliches, da das Dringlichkeitsattest eines jeden hies. Arztes genügt. —

Die Kranken werden nicht „meist zuerst in das Allgemeine Krankenhaus aufgenommen". Wie Herrn Siemens auf schriftliche Anfrage seines Assistenten vom 6. IX. 1901 bekannt geworden ist, sind das nur 15 %. —

Es sind nicht „meist ältere z. Th. abgelaufene Fälle", da diese gerade bei uns wegen starker Ueberfüllung dem Siechenhause überwiesen werden müssen.

Von nebensächlichen bekannten Thatsachen abgesehen ist die Mittheilung der räumlichen Unzulänglichkeit der alten Anstalt allein zutreffend, ein Umstand, der die Behandlung der Kranken in unserem Sinne nicht gerade erleichtert. Wie bekannt, beschäftigt sich daher die zuständige Behörde seit Jahresfrist mit den Vorarbeiten für einen Neubau. —

So viel zur Sache!

Im übrigen verzichte ich gern auf das mir von Siemens gezollte Lob, zumal er mir einen Ruhmestitel beilegt, der Männern wie Griesinger und Scholz gebührt.

Wattenberg-Lübeck.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 31. 26. Oktober. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Geisteskranken ohne Zellen und ohne Schlafmittel nebst einigen polemischen Bemerkungen.

Von *Dr. Hoppe*, Königsberg.

(Schluss.)

Dass, wie Bleuler behauptet, die Ueberwachung im Wachsaale einen theureren Betrieb bedingt als in Zellenabtheilungen, ist einerseits kein massgebender Gegengrund, andrerseits aber nicht recht einleuchtend. Denn abgesehen davon, dass die Einrichtung eines solchen Zellenbaues, wie ihn die Zeichnung Bleuler's zeigt, ganz unvergleichlich kostspieliger erscheint als die Errichtung von Wachabtheilungen für dieselbe Anzahl von Kranken, so wird auch der Betrieb dadurch theurer, dass die Kranken in den Zellen durch Reissen und Schmieren viel mehr Material verderben als in Wachabtheilungen. Und ob man in Zellenabtheilungen, was Bleuler wohl im Sinne hat, weniger Wartpersonal braucht, wenn man die Forderung einer genügenden Aufsicht und Pflege stellt, will mir auch zweifelhaft erscheinen. Wenn Bleuler ferner von grossen Sälen spricht, in denen mehrere hundert Kranke untergebracht werden sollen, und in denen es „oft unruhig, immer aber ungemüthlich" sei, so scheint er an Säle für 30, 40 und mehr Kranke zu denken. Ja wer verlangt denn solche grossen Säle für Wachabtheilungen und wo sind solche in Betrieb? In Allenberg hatte ich auf der Männerseite einen Wachsaal für die unruhigsten Kranken mit 7 bis 8 Betten und als Aufnahmeabtheilung 2 nebeneinanderliegende Wachsäle mit im ganzen 14—15 Betten (daneben sind allerdings noch eine grosse Anzahl von Zimmern und Sälen zur Bettbehandlung eingerichtet, aber ohne ständige Ueberwachung). Dass es in diesen Sälen oft unruhig war, will ich zugeben; aus Irrenanstalten lässt sich nun einmal nicht jede Unruhe dauernd verbannen. Dass es aber in denselben besonders ungemüthlich war, muss ich bestreiten. Wenn man grosse helle Wachsäle für höchstens 10 Kranke freundlich einrichtet und 30 oder gar 40 cbm. Raum pro Bett zur Verfügung hat, so wird man von Ungemüthlichkeit, selbst bei sehr unruhigen Kranken, nichts spüren. Ungemüthlich wird es allerdings, wenn die Säle überfüllt sind und die unruhigen Elemente dichtgedrängt zusammenliegen. Da ist aber die Schuld nicht dem System, sondern der Ueberfüllung und der fiskalischen übergrossen Sparsamkeit beizumessen. Auf der andern Seite kann ich mir nichts Ungemüthlicheres denken, als einen Zellencorridor mit seinen dicht nebeneinander liegenden gefängnissartigen Zellen. Ohne Frage hat ja, wie Bleuler betont, die gemeinsame Unterbringung von mehreren oder zahlreichen



Kranken in einem Saal für jeden einzelnen Kranken (auch für einen geistesgesunden in den allgemeinen Krankenhäusern oder Kliniken) manche Unannehmlichkeiten und es wäre sicher besser, wenn man jedem Kranken ein eignes Zimmer (und einen eignen Wärter) geben könnte. So lange aber die Menschen nicht alle als Rentiers auf die Welt kommen, so lange die Behörden genöthigt sind Krankenhäuser für arme oder wenig bemittelte Kranke zu bauen, so lange wird die gemeinsame Verpflegung der Kranken in Sälen nicht zu umgehen sein, in öffentlichen Krankenhäusern sowohl wie in öffentlichen Irrenanstalten, die ja doch auch nichts weiter sind und nichts andres sein sollen als Krankenhäuser.

Alle Gründe also, welche Bleuler zur Vertheidigung des Zellensystems anführt, sind m. E. hinfällig. Am deutlichsten spricht dagegen, dass Bleuler dasselbe gar nicht für alle Kranke, sondern nur für die Pflegeanstalt resp. für unheilbare Kranke angewendet wissen will. „Alles Obige bezieht sich natürlich nur auf die Pflegeanstalt resp. die unheilbaren Kranken. Bei akuten Fällen ist auch meiner Ansicht nach die Bett- resp. Wachsaalbehandlung diejenige, welche am häufigsten angewendet werden soll.“ Bei chronischen unheilbaren Kranken erscheint es Bleuler zu grausam, dieselben in den Wachsälen einander stören zu lassen. Ja warum will er denn dieselbe Grausamkeit gerade gegen die heilbaren Kranken üben, warum will er „die Wohlthat des Einzelzimmers“ welche er dem unheilbaren Pflegling zukommen lassen will, gerade dem akuten heilbaren Kranken nicht gönnen? Ist das Einzelzimmer wirklich eine Wohlthat für einen unruhigen Kranken, so muss man doch, wenn man schon einen Unterschied zwischen heilbaren und unheilbaren Kranken machen will, diese Wohlthat vor allen Dingen den heilbaren Kranken zukommen lassen. Meint aber Bleuler, dass die Einzelzimmerbehandlung resp. die Isolirung den heilbaren Kranken schadet — und er kann wohl nichts andres meinen, wenn er die Wachsaalbehandlung bei denselben für zweckmässiger hält — so wird er zugeben müssen, dass die Isolirung eigentlich auch den unheilbaren Kranken schadet, denn ich wüsste wirklich nicht, wie dieselbe Behandlung für einen heilbaren Fall schädlich, für einen unheilbaren aber zweckmässig sein soll und vice vera. Bleuler hätte also sagen müssen: Die Isolirung ist keine Wohlthat, sondern ein Schaden für Heilbare sowie für Unheilbare, auf letztere kann aber leider nicht so viel Rücksicht genommen werden, deshalb müssen sie unter dem Zwange der Verhältnisse die Grausamkeit des Einzelzimmers dulden.

Wenn Bleuler schliesslich meint, dass er in 18jähr. Praxis einen Nachtheil von einer vernünftigen individualisirenden Isolirung*) nicht gesehen habe, so möchte ich ihn nur an die „Zellenereignisse“ erinnern, die alljährlich aus Anstalten berichtet werden. Ich will gar nicht einmal Fälle in Betracht ziehen, wie der, welcher in Nr. 5/6 des I. Jahrgangs dieser Wochenschrift aus einer österreichischen Anstalt berichtet worden ist, wo von 2 in eine Zelle gesperrten Kranken eine die andere ermordete (ein ähnlicher Fall ist übrigens im Centralblatt für Nervenheilkunde 1894 aus einer französischen Anstalt mitgetheilt). War in diesem Falle auch die Zusammensperrung der beiden Kranken eigenmächtig von der Stationsführerin angeordnet worden, so habe ich doch i. J. 1897 in einer grossen deutschen Irrenanstalt die gemeinsame Isolirung von 2 Kranken mehrfach, also als System, vorgefunden. Von solchen exceptionellen Vorkommnissen will ich jedoch absehen. Ich will nur eine Reihe von Fällen aus den Jahren 1897 und 1898 anführen, wie sie mir gerade bei der Lektüre von Anstaltsberichten aufgestossen sind. So führt der Anstaltsbericht von Stephansfeld-Hördt 1896/97 an, dass sich ein Paralytiker in der Zelle erhängt hat. Der Bonner Jahresbericht desselben Jahres theilt ein gleiches Vorkommniss (Erhängen in der Zelle) von einem tobsüchtigen Kranken mit. In Bunzlau kam es 1897 in einer Zelle durch schlechten Verschluss des Gashahnes zu einer Leuchtgasvergiftung, welche aber nicht tötlich verlief. Ebenso erlitten in Valduna 1898 in 2 Zellen durch in Unordnung gerathene Füllöfen Kranke schwere Kohlenoxydgasvergiftungen, wurden aber schliesslich beide gerettet.

Einen Selbstmord durch Erhängen in der Zelle bei einem selbstmordsüchtigen (!) Kranken theilt der Jahresbericht von Neustadt i. H. 1898 mit. Es handelte sich um einen vielfach bestraften und wegen Geisteskrankheit aus dem Gefängniss zugeführten Mann, welcher an Verfolgungswahn mit Sinnestäuschungen litt und deshalb oft sehr heftig gegen seine Umgebung war. „Er war meist in einer Gemüthsstimmung, die nicht selten mit Selbstmordneigung verbunden war. Deshalb (?) schlief er Nachts regelmässig in einer Zelle, deren Einrichtungen Sicherheit gegen solche Versuche**) geben soll. In dieser Zelle hat er sich

*) Ob eine individualisirende Isolirung möglich ist, wo die Hälfte der Plätze für Unruhige aus Isolirzellen besteht, erscheint mir zweifelhaft. Schmierer und Selbstmordsüchtige, für welche Olah besonders eingerichtete Zellen will (diese Wochenschrift Bd. I. Nr. 39, S. 374), in Zellen zu legen, halte ich geradezu für einen Kunstfehler. Gerade diese Kranken bedürfen der fortwährenden angestrengtesten Ueberwachung, wie sie nur im Wachsaal möglich ist.

**) Sicherheit gegen Selbstmordversuche bietet keine Zelle, sondern, wie gesagt, einzig und allein die dauernde Ueberwachung im Wachsaal.



an seinem zusammengedrehten Bettlaken, das er an der Ventilklappe befestigt hatte, erhängt. Die hochangebrachte Ventilklappe hatte er in der Weise erreicht, dass er die Bettmatratze und den Kopfkeil aufeinandergestellt hat und heraufgeklettert ist. Dass dies möglich war, war nicht voraus zu sehen."

Im 2. Jahresbericht von Uchtspringe (1897) S. 32 wird folgender charakteristischer Vorfall mitgetheilt: Ein Paralytiker in vorgeschrittenem Stadium kletterte während der Nacht in dem einem paralytischen Anfall folgenden Verwirrungszustande durch ein mit schadhaft gewordenem Verschluss versehenes Fenster eines zur ebenen Erde gelegenen Einzelzimmers. Er irrte, da seine Entweichung durch Schuld der Wache nicht sofort bemerkt wurde, mehrere Stunden auf dem Terrain umher und starb, wohl in Folge der vermehrten Anstrengung, noch in derselben Nacht."

Der Jahresbericht von Hall 1897 theilt folgenden Fall mit: Am 13. November Vormitternachts brach in einer Tobzelle der Frauenseite Feuer aus, welches durch eine manische Kranke dadurch verursacht war, dass sie in besonderer Geschicklichkeit die hinter dem korbförmigen Schutzgitter hoch über der Thür befindliche Petroleumlampe herunternahm und die ihr als Lager dienende Holzwolle in Brand steckte. Durch das wachehabende Personal wurde der Brand sofort entdeckt, die Kranke, welche nur einige Verbrennungen leichten Grades erlitten hatte (es hätte leicht auch schlimmer kommen können), herausgebracht und der Brand gelöscht. — Unangenehmer war der Ausgang bei einem ähnlichen Vorkommnisse in der Lokal-Irrenanstalt Bamberg 1898. Es heisst in dem Bericht: „Am 25. März gelang es der Patientin St., die wegen hochgradiger Tobsucht in einer Zelle isolirt war, während des Nachts das ihr wegen hochgradiger Zerstörungssucht gegebene Stroh in Brand zu stecken. Sie selbst erstickte dabei, da von Seiten des Pflegepersonals, welches nicht in unmittelbarer Nähe schlief, die Hilfe zu spät kam. . . . Der Fall hatte eine gerichtliche Untersuchung zur Folge, die sich in letzter Linie gegen den Assistenzarzt Dr. S. richtete. Sie musste aber niedergeschlagen werden, da es nicht gelang, einen Schuldigen zu eruiren, der für den unglücklichen Fall haftbar war. Haftete die Schuld nicht an der Person, so ist die nächste Erklärung, dass sie an dem herrschenden System des Anstaltslebens haftete. Dieser Anschauung schien sich das Königl. Staatsministerium anzuschliessen, indem es ihre Einrichtungen und Organisation mehrfach bemängelte."

Diese Unglücksfälle, welche sich in den beiden Jahren in Zellen ereignet haben (es sind sicher nicht alle, da ich nicht alle Jahresberichte gelesen habe und nicht alle Anstalten Jahresberichte versenden) wären ohne Frage vermieden worden, wenn die betreffenden Kranken in Wachsälen behandelt worden wären, statt in Zellen sich selbst überlassen zu sein. Und wenn Bleuler in einer 18jährigen Praxis solche traurigen Erfahrungen erspart geblieben sind, so kann er eben von Glück reden, welches andere Anstaltsleiter nicht gehabt haben.

Ich brauche wohl nicht erst zu betonen, dass mir jede persönliche Polemik gegen Bleuler fern liegt. Wenn ich dieselbe gerade an Bleuler's Ausführungen geknüpft habe, so geschah dies, weil mir dieselben die typischen Einwürfe der Gegner der zellenlosen Behandlung zu enthalten schienen.

Anfangs, als (nach dem Vorgange von Scholz) die zellenlose Behandlung ihre ersten Verkündiger fand, hat man das neue System totzuschweigen gesucht. Auf den Vortrag Wattenberg's in Lübeck 1895 erfolgte keine Discussion; es hatte das äusserste Missfallen erregt, dass ein „so junger" Psychiater es wagte, alten erfahrenen Irrenärzten gegenüber das System der Isolirungen, mit welchem sie aufgewachsen und ergraut waren, principiell zu verwerfen und in die Rumpelkammer zu verweisen. Als ich dann 1897 meinen Vortrag in Hannover über die zellen- und schlafmittellose Behandlung hielt, war das Unbehagen nicht geringer. Man fürchtete Missdeutungen und um solche zu verhindern, wurde erklärt, dass die von mir vorgetragenen Grundsätze seit 25 Jahren in allen modernen und gut geleiteten deutschen Irrenanstalten durchgeführt seien (eine Behauptung, die durch die oben mitgetheilten Zellenereignisse erst die volle Beleuchtung erhält), um daran den Antrag auf Uebergang zur Tagesordnung zu knüpfen, welcher auch unter dem Beifall der Versammlung angenommen wurde. Das war im September 1897. Und im April 1901, $3^1/_2$ Jahr später, bei der letzten Versammlung deutscher Irrenärzte zu Berlin, ein völliger Umschwung! Da ist es der Vorsitzende der Versammlung, welcher auch jener Versammlung in Hannover präsidirt hatte, Geh.-Rath Jolly selbst, welcher in feierlicher Eröffnungsrede dem System der zellenlosen Behandlung die Zukunft prophezeit und demselben so die öffentliche Weihe giebt. „Auch gegen Anwendung der Isolirung selbst als vorübergehender Massregel", so führte Jolly aus, „sind in neuester Zeit Stimmen laut geworden . . . Ob die radikale Massregel dieser Beseitigung durchführbar sein wird, muss die Zukunft lehren. Aber wenn wir uns erinnern, mit welchen Schwierigkeiten anfangs die Durchführung des Norestraint zu kämpfen hatte



und wie dies doch schliesslich ohne Rest gelungen ist, so wird auch das für das neue Jahrhundert ausgegebene Stichwort der **zellenlosen Behandlung** als ein aussichtsvolles, Verbesserungen in sich schliessendes bezeichnet werden dürfen." Glänzender konnte die anscheinende Niederlage, welche mir in Hannover bereitet worden ist und die überdies noch zu grossen persönlichen Unannehmlichkeiten für mich geführt hat, nicht gerächt werden.

Uebrigens hat sich bereits eine Anzahl von Irrenanstalten veranlasst gesehen mit der Zellenbehandlung mehr oder weniger vollständig zu brechen. In dem Jahresbericht für Gehlsheim 1897 heisst es: „Isolirzellen als solche fehlen gänzlich und ist hierbei auch das Bedürfniss nach solchen nicht hervorgetreten." In dem Bericht der Irrenanstalt Langenlois für 1898/99 findet sich folgender Passus: „Isolirungen sind nach wie vor bei ausschliesslicher Bettbehandlung aufgeregter Kranken vollständig vermieden worden und muss dies namentlich bei den unzureichenden lokalen Verhältnissen der Anstalt um so mehr betont werden als unbegreiflicher Weise von vereinzelten (?) Seiten noch immer behauptet wird, dass die Isolirung aufgeregter Kranken, wenn auch nur während der grössten Aufregungsphase, nicht zu umgehen wäre — eine a priori unbegründete Behauptung, die durch mehrfach gewonnene Erfahrung widerlegt erscheint. — Auch von der Verbrauchung narkotischer Mittel mit Ausnahme des in seltenen Fällen zumal bei Schlaflosigkeit älterer Kranken verabreichten Trionals wurde nach wie vor Abstand genommen." Ebenso ergiebt sich aus den zahlreichen andern Anstaltsberichten, dass die Verabreichung von Schlafmitteln immer geringer wird. In den rheinischen Irrenanstalten sind nach den in den letzten Jahresberichten aufgeführten Statistiken über die Isolirungen dieselben immer mehr eingeschränkt und sehr selten geworden, in Andernach (und wenn ich nicht irre auch in Merzig) sind in den letzten 2 oder 3 Jahren gar keine Isolirungen mehr vorgekommen. Schliesslich hat noch Bresler neuerdings über die seit 5 Jahren auf der Frauenseite der Irrenanstalt Freiburg durchgeführte zellenlose Behandlung in dieser Wochenschrift (No. 10) berichtet. Ob die Aufzählung der Irrenanstalten, in welchen die zellenlose Behandlung bereits geübt wird (Lübeck gehört selbstverständlich in erster Linie dazu), vollständig ist*), vermag ich nicht zu sagen, doch bin ich der festen Ueberzeugung, dass bald zahlreiche andere Irrenanstalten hinzukommen werden und sich aller Orten der Ruf erheben wird:

„Fort mit den Zellen, fort mit den Schlafmitteln!"

*) Dieser Aufsatz wurde der Redaktion im Juli eingereicht. Aus dem Bericht über die 8. Jahresversammlung des nordostdeutschen psych. Vereins zu Treptow a. R., der am 14. September in dieser Wochenschrift (No. 2) erschienen ist, ersehe ich, dass in Treptow seit Anfang Mai d. J. (unmittelbar nach Jolli's Rede!) grundsätzlich von jeder Isolirung Abstand genommen und auch Nachts nur noch in vereinzelten Fällen von der Isolirung Gebrauch gemacht wird. Es berührt eigenthümlich, dass während Mercklin die Zahl der Isolirzimmer in der vor 1 Jahre eröffneten Irrenanstalt, deren Bauprogramm 1896 festgelegt worden ist, für zweifellos viel zu gross erklärt (1 : 11,5) und diese (mit grossen Kosten errichteten!) Zellen jetzt zum grössten Theil in gewöhnliche Einzelzimmer verwandeln will, in dem in derselben Nummer veröffentlichten Bauprogramm für die neu zu errichtende 4. öffentliche Irrenanstalt der Provinz Posen die Zeichnungen 25 Zellen auf je 350 Kranke ergeben. Die Behauptung von Mercklin und Siemens übrigens, dass die Durchführung der zellenlosen Behandlung eine Personal- und Geldfrage resp. einen ganz erheblichen Kostenaufwand erfordert, wird einfach durch das Beispiel Allenberg's widerlegt, wo mit den vorhandenen Einrichtungen und dem vorhandenen Personal (1 : 8) die Durchführung ermöglicht wurde.

Kurze Erläuterungen zum Bauplan der Irrenanstalt zu Treptow a. Rega.*)

Von Direktor *Dr. Mercklin.*

M. H!

Der Bauplan für die hiesige Provinzial-Irrenanstalt ist festgelegt worden im Jahre 1896. An diese Thatsache bitte ich Sie Sich zu erinnern, wenn Sie die Räume der Anstalt besichtigen. Die psychiatrische Baukunde ist noch nicht ein völlig abgeschlossenes Wissensgebiet, unsere praktischen Erfahrungen beeinflussen sie unausgesetzt und wie es scheint werden die nächsten Jahre wiederum in einer Richtung den Character unserer Bauten verändern. Schon bisher hat die möglichst freie Verpflegung mit landwirthschaftlicher und gärtnerischer Beschäftigung der Kranken der Gesammtanlage einer Provinzialirrenanstalt gewisse Formen vorgeschrieben, ferner hat die ausgiebige Anwendung der Bettruhe und der Bäderbehandlung bei den akuten Krankheitszuständen zu bestimmten Gestaltungen der eigentlichen Krankenhäuser geführt. In Zukunft wird das immer mehr zum Princip werdende Bestreben mit den Zellenisolierungen aufzuräumen, die sog. „zellenlose Behandlung", dazu beizutragen, dass die Krankenpavillons der Provinzialirrenanstalten in ihrer inneren Gestaltung noch mehr mit den sonstigen Krankenhäusern übereinstimmen werden. Ob es empfehlenswerth sein kann, schon jetzt vollständig

*) Vorgetragen während des Rundgangs der Mitglieder des norddeutschen psychiatrischen Vereins durch die Anstalt am 8. Juli 1901.



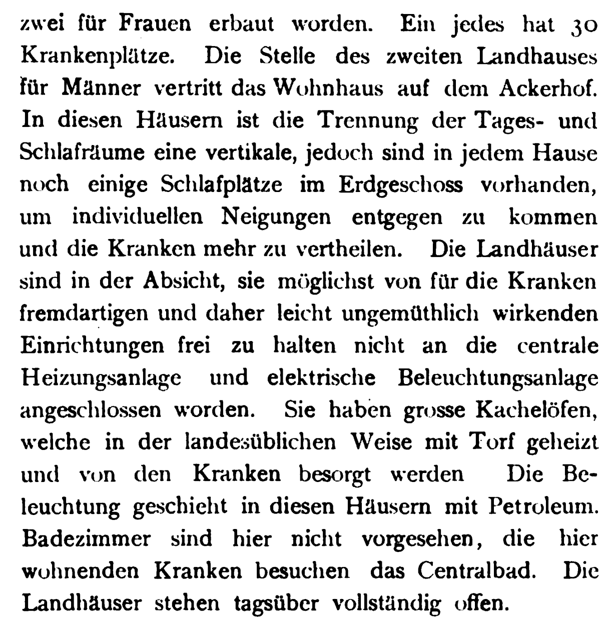
zellenlos zu bauen, darüber will ich mir später einige Bemerkungen gestatten.*)

Als die Provinzial-Verwaltung von Pommern beschlossen hatte, die alten Provinzial-Irrenanstalten zu Stralsund und Rügenwalde aufzulösen und an deren Stelle eine Heil- und Pflegeanstalt von ca. 600 Krankenplätzen mit nur einer Verpflegungsklasse im mittleren Theil der Provinz zu errichten, wurden von zahlreichen Stadtgemeinden Bauplätze angeboten. Die Wahl fiel auf das ca. 400 Morgen grosse, unentgeltlich angebotene Gelände zu Treptow a. R. Ausschlaggebend war hierbei die gesunde und gefällige Lage am Stadtwalde, die gute Beschaffenheit des zugehörigen Ackerlandes (200 Morgen) und der Wiesen (80 Morgen), die Möglichkeit einer nicht zu schwierigen Entfernung der Abwässer, endlich — mit Rücksicht auf die Beamten — die Nähe eines Gymnasiums.

Die Anzahl der zu errichtenden Krankenplätze wurde auf 560 festgesetzt, die Anlage von Centraleinrichtungen für 600 Kranke vorgesehen. Es lag nahe, die Anstalt nach der Natur der Kranken und mit Berücksichtigung des Geländes in zwei Gruppen von Gebäuden zu gliedern. Auf dem Baugelände befand sich im Acker ein kleiner alter Wirthschaftshof. Es lag nahe, diesen in den Ackerhof der Anstalt umzugestalten, hier aber auch Wohnplätze für rüstige, arbeitende Kranke vorzusehen, in der Nähe dieses landwirthschaftlichen Centrums die Gemüsegärten anzulegen und in nächster Nachbarschaft einige offene Landhäuser für beschäftigte Kranke zu errichten. Auch die Wohnhäuser für Beamte konnten ungezwungen hier angegliedert und so eine dorfartige Anlage geplant werden.

Es empfahl sich ferner, ganz getrennt von dieser Anlage die eigentliche Heilanstalt in den nach NW. schauenden Rand des vorhandenen Hochwaldes einzubauen, wodurch ein freundliches Aussehen der meisten Krankengärten von vornherein gesichert wurde.

Der letzte Theil dieses Plans — fast vollständiger Einbau der Hauptanstalt in den Wald — ist durchgeführt. Der Ackerhof hat die äussere Gestalt eines pommerschen Bauerhofes erhalten, Ställe und Scheunen, Wohnung für den Wirthschafter und für 14 Kranke sind auf ihm errichtet. Die Baugrundverhältnisse u. A. haben indessen dazu Veranlassung gegeben, nur die Beamtenhäuser an den Ackerhof anzulehnen, die Landhäuser für Kranke jedoch an die Hauptanstalt heranzuziehen. Nachtheile im Betriebe hat diese Aenderung nicht mit sich gebracht. Es sind zunächst 3 Landhäuser, eins für Männer,



zwei für Frauen erbaut worden. Ein jedes hat 30 Krankenplätze. Die Stelle des zweiten Landhauses für Männer vertritt das Wohnhaus auf dem Ackerhof. In diesen Häusern ist die Trennung der Tages- und Schlafräume eine vertikale, jedoch sind in jedem Hause noch einige Schlafplätze im Erdgeschoss vorhanden, um individuellen Neigungen entgegen zu kommen und die Kranken mehr zu vertheilen. Die Landhäuser sind in der Absicht, sie möglichst von für die Kranken fremdartigen und daher leicht ungemüthlich wirkenden Einrichtungen frei zu halten nicht an die centrale Heizungsanlage und elektrische Beleuchtungsanlage angeschlossen worden. Sie haben grosse Kachelöfen, welche in der landesüblichen Weise mit Torf geheizt und von den Kranken besorgt werden Die Beleuchtung geschieht in diesen Häusern mit Petroleum. Badezimmer sind hier nicht vorgesehen, die hier wohnenden Kranken besuchen das Centralbad. Die Landhäuser stehen tagsüber vollständig offen.

Für die Stellung der einzelnen Gebäude der Hauptanstalt hat die bewährte Gruppirung der Lauenburger Anstalt das Vorbild abgegeben. Die dort vorhandene Symmetrie haben wir ruhig übernommen. In der letzten Zeit sind wiederholt Stimmen gegen die regelmässige Anordnung der Krankenpavillons zu beiden Seiten der sog. Verwaltungsachse laut geworden. Es ist dabei aber auch zugegeben worden, dass die regelmässige Anlage manche Vorzüge hat. Auch bei uns wurden diese darin gefunden, dass die einzelnen Krankenhäuser symmetrisch an das Kessel- und Maschinenhaus gruppirt ohne zu grossen Kostenaufwand an die Centralheizung, an die Kalt- und Warmwasserleitung, an die elektrische Lichtanlage angeschlossen werden konnten. Symmetrisch erscheint unsere Anlage in der Zeichnung auf dem Papier, während in Wirklichkeit die leicht hügelige Beschaffenheit des Bauplatzes und die erhaltenen Waldstücke die Regelmässigkeit verdecken.

Bei den Anlagen der einzelnen Pavillons erschien es erforderlich, für eine intensive Beobachtung, für eine leichte Durchführung der Bettbehandlung, für die Anwendung von Dauerbädern nicht nur in den sog. Aufnahme- oder Wachstationen die nothwendigen baulichen Vorkehrungen zu treffen. Es empfahl sich, den möglichsten Verzicht auf Corridoranlagen und die Erbauung von grösseren, beiderseits belichteten Sälen auch in den Häusern für die unruhigen und siechen Kranken und in den Häusern für ansteckende Kranke durchzuführen. Es wurde dadurch der mit Betten bestellte Krankensaal mit oder ohne angrenzenden Tagesraum zum Hauptbauelement für die ganze Anlage. Die hier-

*) Vergl. die Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung im Sitzungsbericht 1901.

durch gegebene Möglichkeit, die der Bettbehandlung und Ueberwachung bedürftigen Kranken in zahlreiche Gruppen zu theilen, hat sich im Betriebe, wie nach allen Erfahrungen erwartet werden musste, gut bewährt.

Alle Krankenabtheilungen enthalten ausser den gewöhnlichen Nebenräumen (Bade-, Wasch-, Anrichtezimmer) je ein Besuchszimmer, in welchem die Besuche der Angehörigen stattfinden, sofern diese nicht — was nach Möglichkeit gestattet wird — in den Krankensälen selbst ausgeführt werden.

An das Verwaltungsgebäude, welches auch Festsaal und Kirche in getrennten Räumen enthält, schliessen sich:

1. die Wachabtheilungen, je ein Haus für Männer und Frauen.

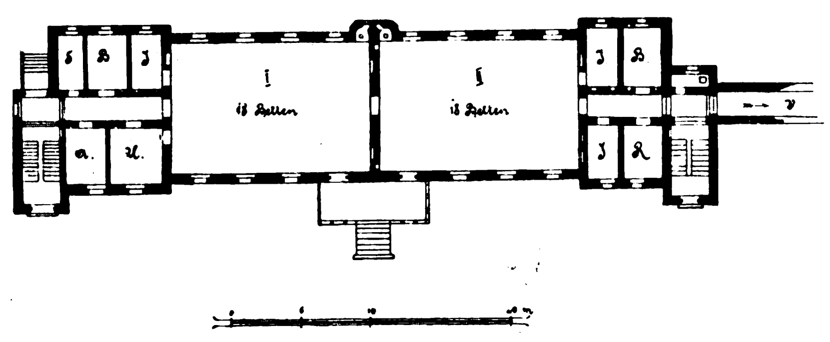
Diese Gebäude sind im Hauptbau einstöckig und enthalten dort zwei nebeneinander liegende Wachsäle für je 18 Betten (vgl. Skizze). Dem Beispiel von Lauenburg folgend haben wir in diesen Häusern auf die Anfügung eines grösseren Tageraumes verzichtet, um für die hier befindlichen Kranken die Möglichkeit sich der Beobachtung zu entziehen noch geringer zu machen. Aus demselben Grunde sind die Waschvorrichtungen in den Wachsälen selbst angebracht und das Wasser-Closet für jeden Saal ist in einer halbrunden Nische ohne Vorraum angeordnet, die gut beleuchtete Nische ist vom Saal nur durch eine Thür mit 90×90 cm grosser Spiegelglasscheibe getrennt, mit Entlüftungsvorrichtungen versehen. Für jede Wachabtheilung wurden zwei Badezimmer mit je zwei Wannen (Kupfer, innen verzinnt) vorgesehen und je 3 Isolierzimmer. Aus dem einen Wachsaal gelangt man direkt in das ärztliche Untersuchungszimmer, welches auch die nothwendigen Einrichtungen zur Vornahme von Operationen enthält.

In den zweistöckigen Endrisaliten der Wachabtheilungen enthält das Obergeschoss Wohnungen für einen Assistenzarzt, bezw. die Oberin, sowie einige kleinere Erholungsräume für das Pflegepersonal.

Mit den Wachstationen durch einen festen Gang in Verbindung gesetzt sind

2. die Häuser für unruhige Kranke, welche für Männer und Frauen je 50 Plätze enthalten. Das Erdgeschoss enthält hier einen Liegesaal mit 15 Krankenbetten. Von ihm direkt zugänglich sind ein Badezimmer, ein Zimmer, das als Tageraum, Untersuchungs-Zimmer und Besuchs-Zimmer benutzt wird, zwei Isolirzimmer und ein Nischencloset. Dieser dritte Wachsaal bietet die nothwendige Ergänzung zu den Liegesälen der Wachstation. Da in der Vertheilung der der Bettbehandlung zugeführten Kranken in diesen drei Sälen ein häufiger Wechsel vorkommt, erschien es zweckmässig mit Rücksicht auf das rauhe Klima unserer Küstengegend beide Pavillons durch einen gedeckten Gang in enge Verbindung zu bringen, um die schnelle Verlegung auch solcher Kranken zu erleichtern, welche der Bekleidung widerstreben.

Die Häuser für Unruhige enthalten ferner im Erdgeschoss zwei grössere Tagesräume für nicht bettlägerige Kranke, endlich sind an einem besonderen Corridor vier festere Isolierzimmer angeordnet, die in Hinblick auf die der Anstalt zur Beobachtung zugehenden Untersuchungsgefangenen und für andere Kranke mit schweren verbrecherischen Neigungen bei Aufstellung des Bauplans unentbehrlich erschienen. Das obere Stockwerk dieses Pavillons enthält zahlreiche grössere und kleinere Schlafzimmer, um Nachts die Bewohner dieser Häuser theils in kleinen Gruppen theils allein für sich unterzubringen.

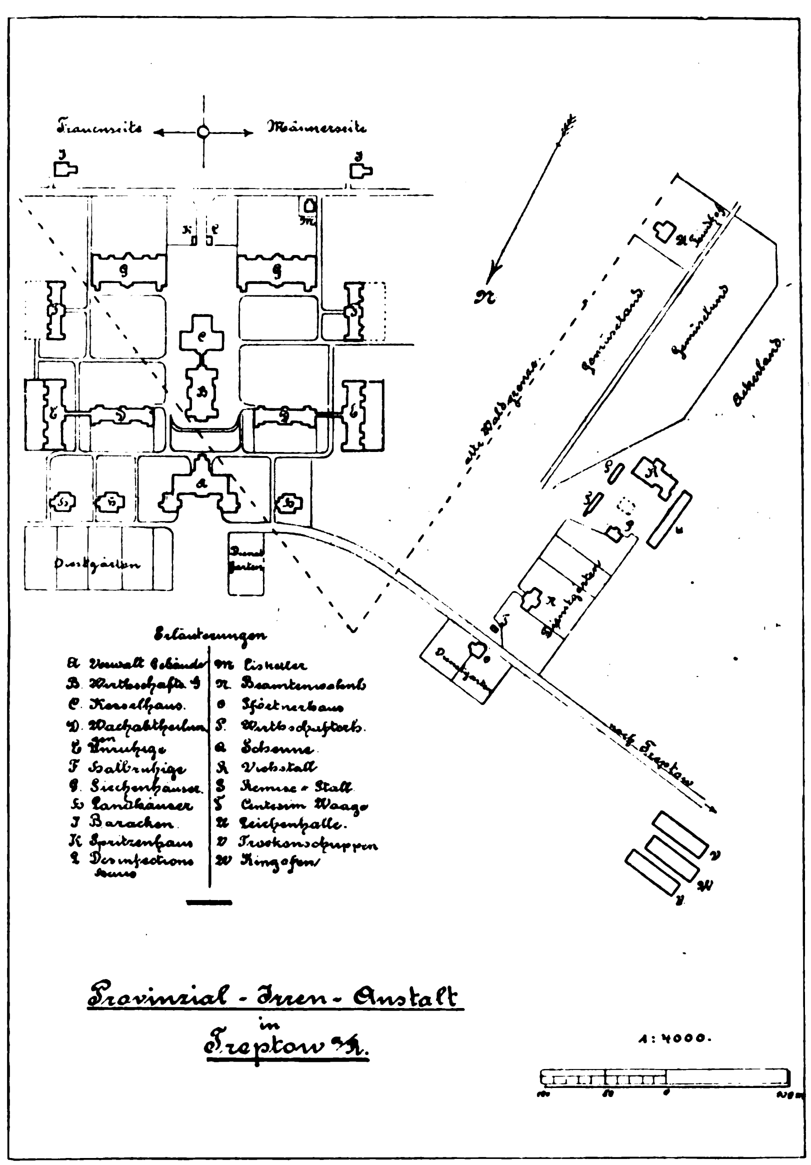


Es mag befremdlich erscheinen, dass die bisher erwähnten Wachsäle in der besprochenen Grösse angelegt und nicht mehr parzellirt worden sind. Für ein Stadtasyl mit lebhafter Aufnahmebewegung würden derartig grosse Wachsäle in der That unzweckmässig sein. Hier ist die Aufnahmebewegung eine mässige*) und es sind deshalb besondere Nachtheile, wie sie durch schnell sich folgende Zugänge unruhiger Kranker entstehen können, nicht bemerkt worden. Auch enthalten die Häuser für Sieche zahlreiche Liegesäle zu

*) Vom 1. 4. 00 bis 31. 3. 01 = 68 M. und 67 W. = 135 Kranke.

je 10 Betten, so dass eine weitgehende Vertheilung der Kranken möglich ist.

3. Die Häuser für halbruhige Kranke, mit je 50 Krankenplätzen für Männer und Frauen, zweistöckig, sind bei verticaler Trennung von Tag- und Schlafräumen in je zwei Abtheilungen zerlegt.



Hier sind theils asociale Elemente, welche der Bettruhe nicht bedürfen, untergebracht, theils beschäftigte Kranke, die aus verschiedenen Gründen den völlig offenen Landhäusern nicht zugewiesen werden können. Auch in diesen Häusern wurden Isolierräume vorgesehen *)

4. Die zweistöckigen Häuser für Sieche, je ein Haus für Männer und Frauen sind die grössten der ganzen Anlage: ein jedes Haus enthält 80 Krankenplätze, die auf 4 Einzelabtheilungen vertheilt sind. Jede dieser Unterabtheilungen hat den Charakter einer kleinen Wachstation erhalten, sie enthält 2 Liegesäle mit je 10 Krankenbetten, daran unmittelbar anstossend einen Tageraum, ein Wasch- und ein Badezimmer. Auch hier sind Corridore vermieden. Diese Häuser haben sich in ihrer übersichtlichen Gliederung im Betriebe sehr gut bewährt, da sie für die verschiedensten Krankheitsformen verwerthbar sind.

Entfernt von den übrigen Krankenhäusern liegen im Walde:

7. die kleinen Häuser für ansteckende Kranke, je eins für Männer und Frauen. Sie sind im wesentlichen für die Behandlung Tuberkulöser bestimmt. Hauptbestandtheil jedes derartigen Hauses ist ein Krankensaal mit 10 Betten, von welchem aus eine Veranda mit den nothwendigen Liegestühlen direkt zugänglich ist. Als Nebenräume finden sich ein Badezimmer, ein Requisitenzimmer, ferner ein grösseres und ein kleineres Einzelkrankenzimmer. Das erste kann auch von einem besonderen Eingang aus erreicht werden. Alle complicirteren Konstruktionen, so z. B. die Einrichtung einer sog. „Schleuse" sind vermieden worden, weil sie kaum in Gebrauch kommen dürften. Der Fussboden ist in diesen Häusern durchweg in Terrazzo ausgeführt, für Wände und Thüren ist Anstrich mit Emaillefarbe vorgesehen. —

Ueber Koch- und Waschküche und das Maschinenhaus ist nur zu bemerken, dass mit einigen Erweiterungen die in Lauenburg und Ueckermünde vorhandene Raumvertheilung beibehalten worden ist. Der Desinfektionsapparat ist in einem besonderen Gebäude untergebracht. Der Umstand, dass den hier angelegten Rieselfeldern die Abwässer nicht mit natürlichem Gefälle zugeführt werden können, hat eine besondere Dampfpumpenanlage erfordert. Falls

*) welche jetzt als Einzelzimmer benutzt werden. Vgl. die Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung.



diese vorübergehend versagt, können die Abwässer dem nahen Rehbach und den Rehbachwiesen zugeführt werden.

Leichencapelle und Sectionslocal befinden sich auf dem Anstaltsfriedhof selbst, so dass ein mehrmaliger Transport der Verstorbenen vermieden wird.

Die Errichtung eines besonderen Hauses für die Werkstätten, eines Gewächshauses und einer Kegelbahn ist für die nächsten Jahre ins Auge gefasst. In Bezug auf die ganze Bauanlage sei noch erwähnt, dass bei Beginn des Baues eine Ziegelei auf der Baustelle errichtet und die zur Verwendung gekommenen Ziegel hier gebrannt wurden. Von Cementbetonfundamentirungen, von Kunststeinen wurde ein ausgedehnter Gebrauch gemacht (Stettiner Fabrik „Comet"). Die durchweg zur Verwendung gekommenen feuersicheren Decken und Dielen sind nach einem Patent des „Comet" hergestellt. Sie sind mit Cementestrich und Linoleumauflage (Marke Hansa und Anker Delmenhorst) versehen. Treppenflure', Spülküchen, Bäder haben Terrazzofussboden erhalten, die Isolierzimmer Parkett von amerikanischem Hartholz in Asphalt verlegt. Die Centralheizung ist im Verwaltungsgebäude und in den Siechenhäusern als Dampfwarmwasserheizung, in den übrigen Häusern als Dampfluftheizung ausgeführt. Sämmtliche Krankenhäuser sind nicht nur an die Kalt-, sondern auch an die Warmwasserleitung angeschlossen. Hierdurch ist schnelle Bereitung von Bädern zu jeder Zeit gesichert.

Für die elektrische Beleuchtung sind in einzelnen Sälen Dämpfungsvorrichtungen vorgesehen.

Für die Wasserversorgung standen natürliche Quellen hier nicht zur Verfügung. Das aus vier Tiefbrunnen gewonnene Wasser wird mit einer Dampfpumpe in den Wasserthurm gefördert, in welchem sich zwei Wasserbehälter von je 30 und 40 cbm Inhalt befinden.

Die Baukosten haben 2158000 M. betragen, so dass sich für den einzelnen Platz einschliesslich der inneren Einrichtung ca. 3850 M. ergeben.

Die Oberleitung des Baues lag — wie s. Zt. in Lauenburg — in den Händen des Herrn Landesbauraths Drews in Stettin.

Zur Unterbringung von Kranken in Familienpflege eignet sich die Kolberger Vorstadt der Stadt Treptow. Sie hat vollständig den Character eines Ackerdorfes und ist von der Stadt durch einen Flussarm und Wiesen geschieden. Dorthin sind zunächst vier weibliche Kranke in die Familie von Anstaltswärtern in Pflege gegeben worden, um die umwohnende Bevölkerung für die Familienpflege zu gewinnen.

Mittheilungen.

— **Einladung.** Die XXXII. Versammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte wird am 2. und 3. November in Karlsruhe im Hotel Germania abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Samstag, den 2. November, Nachmittags 2 1/2 Uhr statt, die zweite, Sonntag, den 3. November, Vormittags 9 Uhr.

Auf die erste Sitzung folgt Nachmittags 6 Uhr ein gemeinschaftliches Essen im Hotel Germania.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren, welche an dem gemeinsamen Essen theilzunehmen beabsichtigen, um eine betreffende baldgefällige Mittheilung.

Tagesordnung:

I. Referate:

1. Direktor Dr. Kreuser (Schussenried): Der Werth der pharmazeutischen Beruhigungsmittel.
2. Privatdocent Dr. Gaupp (Heidelberg): Die Dipsomanie.

Das erste Referat wird in der ersten, das zweite in der zweiten Sitzung erstattet werden.

II. Vorträge:

1. Professor Kraepelin (Heidelberg): Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik.
2. Medizinalrath Dr. Haardt (Emmendingen): Die neuen Aufnahme- und Ueberwachungsabtheilungen der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen.
3. Dr. Neumann (Karlsruhe): Volksheilstätten für Nervenkranke.
4. Dr. Friedmann (Mannheim): Ueber Zwangsvorstellungen und fixe Ideen.
5. Professor Nissl (Heidelberg): Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.
6. Direktor Dr. Frank (Münsterlingen): Strafrechtspflege und Psychiatrie.
7. Dr. Alzheimer (Frankfurt a. M.): Ueber atypische Paralysen.
8. Dr. Weygandt (Würzburg): Eine psychische Epidemie.
9. Dr. Sander (Frankfurt a. M.): Zur Behandlung der acuten Erregungszustände.
10. Dr. Bartels (Strassburg): Ueber endophlebitische Wucherungen im Centralnervensystem und seinen Häuten.
11. Dr. Arndt (Heidelberg): Zur Geschichte der Katatonie.

Um weiterer Vorträge wird gebeten.

Die Geschäftsführer:

Vorster (Stephansfeld), Haardt (Emmendingen).

Oktober 1901.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 32. 2. November. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Trinkeranstalten.

Referat, gehalten in der VI. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebiets in Hamburg am 25. Sept. 1901.

Von Dr. med. *A. Delbrück*, Direktor der Irrenanstalt in Bremen.

M. H.!

In unserer vorjährigen Versammlung schlug ich zum Schluss vor, auf unsere heutige Tagesordnung als Hauptverhandlungsgegenstand die „Discussion über die Trinkeranstalten" zu setzen. Nach kurzer Debatte stimmten Sie dem Vorschlag bei. — Leider gelang es mir nicht, einen anderen Referenten zu gewinnen. Forel und Bleuler sagten ab. So müssen Sie damit vorlieb nehmen, wenn wiederum ich referire, obwohl ich in wesentlichen Punkten wiederholen muss, was ich in Aachen sagte. Die Verhandlungen des verflossenen Jahres haben aber meine Behauptung bestätigt, dass die Ansichten weit auseinandergehen und sich zum Theil sehr schroff gegenüberstehen. Unser Thema wurde verhandelt auf der „Conferenz der Vorstände deutscher Trinkerheilstätten" in Dresden im Sept. v. Js., auf dem Internat. Congr. gegen den Alkoholismus in Wien im April und in einer Sitzung des Berliner psychiatrischen Vereins im Juni ds. Js. Wohl mit durch letztere Verhandlung angeregt, hat endlich unser, leider heute nicht anwesende, College Wulffert zur Erörterung in einer bevorstehenden Sitzung der Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte Thesen aufgestellt und im neuesten Heft der Internat. Monatsschrift mitgetheilt.

In Dresden trat Waldschmidt als Referent für die Ansicht ein, dass die Trinkerbehandlung im wesentlichen Specialanstalten vorbehalten bleiben müsse, ohne jedoch die unmittelbare Wirksamkeit der Vereine zu verkennen, und — Irren- und Nervenheilanstalten nur insofern zurückweisend, als ihnen die oberste Grundbedingung: „absolute Abstinenz" fehle. Die Möglichkeit, dass dies anders werden könne, zieht er gar nicht in Betracht. Ihm gegenüber pries Smith-Niendorf die „abstinente Familie als Ideal der Trinkerbehandlung", während umgekehrt Sander-Frankfurt a. M. auf die in dieser Beziehung schlechten Erfahrungen in Berlin und in der Schweiz hinwies. Nach dem Referat im „Alkoholismus" I 4. scheint aber über diese Frage nicht eingehend diskutirt worden zu sein, und die Dresdener Conferenz nahm — dem vermittelnden Referat Waldschmidts entsprechend — einstimmig die von Colla aufgestellten Thesen an, die da lauteten:

„1. Eine Heilung der Trunksucht ist einzig und allein möglich durch eine Erziehung des Trinkers zur lebenslänglichen völligen Enthaltung von allen geistigen



Getränken, sei es Schnaps, Bier, Wein, oder Obstwein in Heilanstalten, Familienpflege oder Enthaltsamkeitsvereinen.

2. Mit Rücksicht auf diese Thatsache ist zu wünschen, dass die Antialkoholvereine von Seiten des Staates und allen für das Volkswohl Interessirten die lebhafteste Unterstützung erfahren."

Diese nach meiner Ansicht gut formulirten Thesen dürften auch bei uns auf keinen Widerspruch stossen und ich empfehle — gerade im Hinblick auf die grosse Divergenz der Ansichten in Einzelfragen, dass unsere Versammlung sich ausdrücklich mit diesen Thesen einverstanden erklärt.

Im Gegensatz zu Dresden kam es in Wien zu einem sehr lebhaften Meinungsaustausch. Tilkowsky's Vortrag: „Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten", plaidirte für radikale und rücksichtslose Entfernung der Alkoholiker aus den Irrenanstalten und erklärte die Schaffung eines Gesetzes zur zwangsweisen Internierung von Gewohnheitstrinkern und Errichtung von öffentlichen Trinkerheilanstalten für die conditio sine qua non einer Besserung der Verhältnisse. Aus der heftigen Debatte ging hervor, dass durch das Vorgehen der Wiener Irrenärzte nach dem Tilkowsky'schen Princip zwar eine Sanierung der Irrenanstaltsverhältnisse erreicht ist, aber auf der anderen Seite unhaltbare Verhältnisse geschaffen worden sind, die die Gesellschaft der Belästigung der Alkoholiker preisgeben und zwar nicht vorwiegend deshalb, weil es von Seiten der Behörden und Juristen an einem Titel zur Zwangsinternierung der gemeingefährlichen Elemente fehlte, sondern weil dieselben von den Irrenärzten zwar für unzurechnungsfähig erklärt, aber trotzdem aus den Irrenanstalten ausgewiesen wurden. In schroffem Gegensatz zu Tilkowsky erklärte Bleuler in seinem schriftlich nach Wien eingesandtem Resumé: „Der Irrenanstalten kann man in absehbarer Zeit in der Behandlung der Alkoholiker nicht entbehren." Leider konnte Bleuler nicht persönlich nach Wien kommen. Sein in der Psychiatrischen Wochenschrift (III, 5) veröffentlichter Vortrag „Trinkerheilstätte und Irrenanstalt" ist aber nach meiner Ueberzeugung bei Weitem das Beste, was seit Langem über die vorliegende Frage veröffentlicht worden ist, weil er, unbekümmert um theoretische Forderungen und Zukunftsträume, scharf und bestimmt den Weg präcisirt, der unter den gegenwärtigen Verhältnissen einzuschlagen ist. Ich werde darauf zurückkommen. Aus Wien mag noch erwähnt werden, dass Fuld die Bestimmungen unseres Bürgerlichen Gesetzbuches als etwas Vortreffliches zur Nachahmung empfahl: ich widersprach dem und Frank tadelte kurz den an das deutsche Muster sich anlehnenden Baseler Gesetzentwurf, ohne dass es — in Folge des Zeitmangels — zu einer Debatte über diesen Gegenstand gekommen wäre.

Im Gegensatz hierzu stand in Berlin das deutsche Bürgerliche Gesetzbuch im Mittelpunkte der Diskussion. In derselben sprachen die Redner nach dem Bericht im „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie" (August-Nr.) zu schliessen — anscheinend etwas aneinander vorbei. Jedenfalls waren die Thesen des Referenten Schaefer (Lengerich) nicht glücklich formulirt, und auf Waldschmidt's Vorschlag wurde eine Commission zu ihrer Prüfung eingesetzt. Die Einen tadelten das Gesetz und wünschten Abänderung, die Andern tadelten seine Anwendung — oder Nichtanwendung — und empfahlen bezügliche Ermahnung und Aufklärung. Sehr bedeutsam ist die Mittheilung von Bratz, dass nach Entscheidung des Sächsischen Justizministeriums in Sachsen der Vormund unbedingt berechtigt ist, einen wegen Trunksucht Entmündigten zwangsweise in die Irrenanstalt überzuführen, und dass seiner Festhaltung daselbst keine Schwierigkeiten entgegenstehen. Somit würde es auch in Deutschland nicht so sehr an dem gesetzlichen Titel zur zwangsweisen Internierung eines Alkoholikers in einer Anstalt — gleichviel in welcher — fehlen, als vielmehr an der praktischen Unbeholfenheit der in Betracht kommenden Organe mit dieser Aufgabe fertig zu werden. Widersprechend waren die Ansichten hinsichtlich der Wünschbarkeit der Unterbringung der Alkoholiker in Irrenanstalten. Schaefer — ohne die Nothwendigkeit von Trinkerheilanstalten irgend zu verkennen — sprach sich, wenn auch zaghaft, für die theilweise Unterbringung in Irrenanstalten aus. Neisser, Guttstadt, Colla, vor Allem Leppmann widersprachen dem entschieden. Colla plaidirte für Trinkerbewahranstalten, dem widersprach wieder Falkenberg, weil das zu einer unsäglichen Specialisirung von Specialanstalten führe, man müsse sich darüber einigen, ob die Trinkerheilanstalten geschlossene oder offene sein sollten. Guttstadt wieder wollte Trinkerheilanstalten nur dulden auf dem Wege der Concessionirung! So standen sich die Ansichten gegenüber, ohne dass man auch nur das Problem der Art der Anstalten, soviel ich sehe, klar präcisirt hätte.

Dieses Tohu-wa-bohu der Berliner Verhandlung giebt — wie ich fürchte — ein charakteristisches Bild der



gegenwärtigen Sachlage. Hier einen Ausweg zu finden und das Problem wenigstens zu präcisiren, wird meines Erachtens nur möglich sein, wenn man zunächst an die bestehenden thatsächlichen Verhältnisse anknüpft, die Theorie für eine fernere Zukunft aber, ebenso wie die detailirte Ausarbeitung etwa zu schaffender Gesetze bei Seite lässt. Ein Gesetz kann meines Erachtens überhaupt nur halbwegs geklärte Verhältnisse ordnen und präcisiren, nicht aber bei völliger Unklarheit der principiellen Fragen diese selbst klären. Wenn ich Ihnen deshalb, meine Herren, heute wie voriges Jahr rathe, nicht in erster Linie de lege ferenda zu verhandeln, so geschieht dies ferner aus dem Grunde, dass in nächster Zeit wohl weder eine Abänderung der Bestimmungen des B. G.-B. nach erst anderthalbjähriger Gültigkeitsdauer zu erwarten, noch auch in Preussen an die Errichtung staatlicher Anstalten zu denken ist (nach einer Mittheilung des Ministeriums an den Ver. g. d. M. g. G. vom April vor. J.). Und gegen diese Stimmung in Regierungskreisen energisch Front zu machen, haben wir nicht eher Veranlassung, als bis wir uns einigermaassen darüber klar sind, was wir wollen. Damit will ich natürlich keineswegs gesagt haben, dass ich unsere Gesetze für die bei gegenwärtigen Verhältnissen besten halte und bin ausserdem überzeugt, dass schon die nächsten Jahre einen wesentlichen Umschwung der Verhältnisse und Klärung der Ansichten bringen können. Dann wird es an der Zeit seinen de lege ferenda zu berathen.

Aus den angeführten Gründen glaube ich auch, dass die Wulffert'schen Thesen zu sehr ins Einzelne gehen; ich möchte aber nicht unterlassen zu betonen, dass sie die vortreffliche Bestimmung der schweizerischen Frank'schen Thesen enthalten, es sei nach Antrag auf Entmündigung dem zu Entmündigenden eine Frist zu setzen, in der er seine Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt — und ich möchte hinzufügen in einen Abstinenzverein — bewirken kann und dass nach Eingang der Anzeige von der erfolgten Aufnahme die Beschlussfassung über die Entmündigung auszusetzen sei.

Nachdem ich dieses Referat über die Ereignisse des letzten Jahres gegeben habe, will ich versuchen die Fragestellung zu präcisiren, die ich für die Aufklärung und die Beseitigung der Meinungsdifferenzen für erspriesslich halte und deshalb ihnen heute, sowie anderen Vereinen, die sich mit der Frage beschäftigen wollen, als Unterlage der Discussion empfehle:

I.

Den besten Ausgangspunkt gewähren meines Erachtens die Trinkerheilanstalten! Ich glaube, es herrscht Einigkeit darüber, dass Trinkerheilanstalten eine wünschenswerthe Institution sind. — Vor Allem giebt es bereits welche, an deren Erfahrungen wir uns halten können; ihre Zahl im deutschen Sprachgebiet wird die Zahl 40 jetzt wohl übersteigen. Manche von ihnen, ja alle, mögen einer Verbesserung, eines Ausbaus ihrer Organisation bedürftig sein. Im Ganzen aber ist man mit ihnen zufrieden; einige, z. B. Ellikon, werden von vielen Seiten als Muster hingestellt. Die Kardinalfrage ist nun die: Lehren die bisherigen Erfahrungen, dass es wünschenswerth oder nothwendig ist, den Anstalten ein grösseres Detentionsrecht zu geben, als sie bis jetzt besitzen? Nach der Entscheidung des Sächsischen Justizministeriums bezüglich der Bestimmungen des B.-G.-B. liegt die Möglichkeit eines gesetzlichen Zwanges zum Aufenthalt für entmündigte Trinker vor. Bei Nicht-Entmündigten ist ein moralischer Zwang möglich in Form der Androhung der Bevormundung oder der Versetzung in eine Zwangsarbeitsanstalt. Sollen wir darüber hinausgehen, und allen Trinkerheilanstalten das Recht gewaltsamer Zurückhaltung geben? Auf diese Frage antworte ich mit aller Entschiedenheit — wie Bleuler — „Nein!“ Ich glaube, die Meisten, die Erfahrung in der Sache haben, stimmen mir bei! Eine solche Maassregel würde die Zahl der Heilungen — nicht relativ, sondern absolut — erheblich vermindern, vielleicht auf ein Minimum herabdrücken. Ich verzichte auf die Aufzählung der Gründe. Wohl bemerkt: es handelt sich um die Frage: Sollen die jetzigen offnen Trinkerheilstätten abgeschafft und solche mit Detentionsrecht an ihre Stelle gesetzt werden? In diesem Sinne stelle ich die ersten Sätze des Bleuler'schen Wiener Resumé's auf als

I. These.

Die eigentlichen Trinkerheilstätten können zur Zeit nur offene Anstalten sein. Sie gestatten unter Umständen einen gesetzlichen Zwang zum Aufenthalt, vertragen sich aber nicht mit dem physicalischen Zwang geschlossener Thüren.

Wenn diese These allgemeine Anerkennung fände, so wäre die Bahn frei, um sofort an Vergrösserung und Verbesserung der bestehenden und Errichtung neuer Anstalten zu gehen. Wir brauchten dazu keine neuen Gesetze, keine staatliche Concessionirung, keine staatliche pekuniäre Unterstützung. Ueberall könnte man sofort an die Arbeit gehen. Damit will ich natürlich keineswegs gesagt haben, dass man nicht im Laufe der Zeit die Gesetze, betreffend Einweisung in Trinkerheilstätten, die staatliche Aufsicht über ihre Controlle, ihre Finanzirung u. s. w. abändern, ausbauen und



verbessern sollte. Aber vorläufig sind das Alles Fragen von untergeordneter Bedeutung.

II.

Niemand wird — auch wenn er der These I noch so energisch beistimmt — irgendwie in Abrede stellen, dass eine grössere Gruppe von Alkoholikern in die Trinkerheilanstalten im Sinne der These I nicht hineingebracht werden können und, wenn das ausnahmsweise gelingt, nicht darin gehalten werden können. Sie sind es, die social am lästigsten sind, und vor denen sich die Gesellschaft in irgend einer Weise schützen sollte. Sie sind es, die wohl vor Allem zum neuen Entmündigungsgesetz Veranlassung gegeben haben. Sie sind es, die man aus den deutschen Irrenanstalten gern los sein möchte und die man aus den Wiener Irrenanstalten — verzeihen Sie den harten Ausdruck — hinausgeschmissen hat! Sie sind es aber auch — verhehlen wir uns das nicht —, die wenigstens zu einem grösseren Theile unheilbar sind, weil sie entweder zu willensschwach oder in anderer Beziehung in höherem Grade geistig defekt sind.

Fragen wir auch hier wieder zunächst — nicht, was sollte, wollte, könnte, möchte, dürfte mit diesen Leuten gemacht werden, sondern — was wird mit ihnen gemacht, so lautet die Antwort: Sie wurden bisher in den Irrenanstalten internirt, und das neue Gesetz — nach Auslegung des sächsischen Ministeriums — giebt die gesetzliche Handhabe, das in ausgedehnterem Maasse als bisher zu thun. So wie sich jetzt das Verständniss für die Alkoholfrage und die Auffassung der Trunksucht entwickelt, wird auch das Verlangen des Publikums, die Alkoholiker der gekennzeichneten Art zwangsweise zu versorgen eher zu- als abnehmen. Auf der anderen Seite wird es unter allen Umständen noch eine Zeit lang dauern, bis sich eine andere Versorgungsmöglichkeit, als die in den bestehenden Irrenanstalten bietet. Ob man also den gegenwärtigen Modus angenehm findet oder nicht, man wird sich wohl oder übel damit abfinden müssen.

Die in Berlin gegen die Sachlage erhobenen Bedenken sind auch meines Erachtens nicht stichhaltig. Der entgegen der Auffassung des Sächsischen Ministeriums erhobene Einwand, man dürfe hier nicht Geisteskranke und Alkoholiker gleichstellen, ist theoretisch falsch. Ein Alkoholiker, der nicht nur entmündigt, sondern zwangsweise internirt werden muss — und um diese Kategorie handelt es sich ja ganz allein — ist zweifellos geisteskrank, mag man nun die Krankheit benennen und rubriciren wie man will. Die gegentheilige Auffassung Leppmanns, der Krankheit und Leidenschaft unterschieden wissen will, führt zu der alten religiösen Unterscheidung zwischen Krankheit und Laster — einer Auffassung, der merkwürdiger Weise in Berlin nicht widersprochen wurde, die doch aber zu energischem Protest von Seiten der Aerzte herausfordert. Auf den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, welch letzterer im B.-G.-B. die Trunksucht hinsichtlich der Entmündigung gleichgestellt wird, einzugehen, ist Sache der Juristen, nicht der Aerzte. — Ein praktisches Bedenken dagegen ist scheinbar berechtigt, thatsächlich hinfällig. Man fürchtet seitens der Irrenärzte das Odium, wenn Alkoholiker in Irrenanstalten internirt werden. Dieses — gewiss nicht ausbleibende — Odium wird aber sicher bei jeder Art einer geschlossenen Trinkeranstalt dasselbe sein. Der Charakter einer solchen kann sich nicht wesentlich von dem der Irrenanstalt unterscheiden. Der Name — auch wenn man den mehr oder weniger falschen Namen „Trinkerheilanstalt" wählt — wird daran nichts ändern.

Auf Grund dieser Erwägungen komme ich zur Aufstellung meiner — wiederum dem Bleuler'schen Resumé entnommenen

These II.

Der Irrenanstalten kann man in absehbarer Zeit in der Behandlung der Trinker nicht entbehren. Hierher gehören alle Fälle mit eigentlicher alkoholischer Psychose, dann die pathologischen Charaktere aller Art, welche aus irgend einem Grunde unter Bewachung sein müssen, schliesslich, so lange sie renitent sind, die Einsichtslosen, welche in einer Trinkerheilanstalt nicht bleiben wollen.

Gegen diese These können nun aber zwei Einwände erhoben werden, die nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen sind. Erstens: Nicht alle Alkoholiker der Irrenanstalten sind unheilbar und alle zusammen repräsentiren eine so grosse Zahl, dass es bedenklich erscheint, sie in den, bis jetzt nicht abstinenten, Irrenanstalten unterzubringen. Gerade auch die nicht abstinenten Irrenärzte erheben diesen Einwand. Dagegen giebt es ein sehr einfaches Mittel: in den Irrenanstalten allmählich die Abstinenz einzuführen. Mit Recht betont Bleuler, dass wichtige Bedenken gegen diese Forderung bis jetzt nicht erhoben worden sind. Sie ist jedenfalls leichter und schneller zu erfüllen, als irgend eine andere, die man zur Abhilfe der beregten Uebelstände stellen könnte. Speciell wird es schwerer sein und länger dauern, abstinente geschlossene Trinkerheilanstalten zu errichten. Deshalb werden auch die nicht abstinenten Irrenärzte dieser Forderung kein energisches Nein entgegen-



setzen können. Auch glaube ich, dass die Abstinenz allmählich in den Irrenanstalten ihren Einzug halten wird, wenn auch vielleicht nicht so schnell als es Mancher von uns wünschte. In Wien sprach sich Wagner von Jauregg, der noch nicht abstinent ist, sehr entschieden in diesem Sinne aus, er bat nur um Geduld; die österreichischen Collegen sind auf dem besten Wege und auch bei uns regt es sich doch allmählich allenthalben. Die Einführung der Abstinenz in den Irrenanstalten ist nur eine Frage der Zeit. Sie ist auch möglich ohne neue Gesetze und ohne sonstige staatliche Beihilfe. Ich bitte aber speciell die nicht abstinenten Collegen hiergegen ihre Einwendungen zu erheben. In der Hoffnung, dass wir damit von Jahr zu Jahr auf geringeren Widerstand stossen werden, füge ich also — mich wieder auf das Bleuler'sche Resumé stützend, unserer These II an den

Zusatz a).

Es ist deshalb moralische Pflicht der Irrenanstalten, sich (allmählich) so einzurichten, dass die nothwendige Abstinenzsuggestion auch auf ihren Abtheilungen herrscht.

Zweitens ist Folgendes zu bedenken: Der Wunsch, die schwersten, unangenehmsten, mehr oder weniger unheilbaren, und dauernder Versorgung bedürftigen Fälle von Alkoholismus aus den Irrenanstalten zu entfernen, ist alt, älter, als die jetzigen Trinkerheilanstalten mit ihrer ganzen Abstinenztherapie. Er veranlasste die Wiener Collegen zu der — etwas brutalen Selbsthilfe — er half wohl wesentlich mit bei unserem neuen Vormundschaftsgesetz — er liess immer häufiger das Verlangen nach eignen Trinkeranstalten erschallen — aber ohne dass das irgendwie geholfen hätte. Die jetzigen Trinkerheilanstalten sind, wie ich glaube, nicht diesem Verlangen zu verdanken, sondern, mehr oder weniger unabhängig davon, durch die Abstinenzbewegung entstanden. Sie sind auch im Wesentlichen nicht das, was die Irrenärzte sich seit Langem unter diesen heissersehnten Trinkeranstalten vorstellen und können es nicht sein. Dies sich klar zu machen, ist sehr wichtig, wenn wir eine Verständigung herbeiführen wollen. Es entsteht nun die Frage: Ist dieser Wunsch auch fernerhin aufrecht zu erhalten. Die Einen werden vielleicht sagen „Nein! diese Elemente sind in den Irrenanstalten nicht so schlimm — wenn die letzteren erst abstinent sind. Die Anderen — und ich stimme ihnen auf Grund meiner Erfahrungen bei — werden sagen „Ja! diese Elemente sind auch in abstinenten Irrenanstalten noch unangenehm genug. Sie sind es, die immer zwischen Irrenanstalt, Zuchthaus, Correktionshaus, und freiem Rauf- und Vagabundenleben hin und her wandern. Für sie scheinen besondere Anstalten wünschenswerth: geschlossene Trinkerbewahranstalten. Dieselben werden gewiss passend nach Forel mit den ebenfalls seit Langem und von vielen Seiten gewünschten Anstalten für moralische Idioten vereinigt. Diese Anstalten sind Zukunftsmusik. Deshalb halte ich auch — abgesehen von den Rücksichten auf die heilbaren Elemente — an These II fest. Es wird aber, um Missverständnissen vorzubeugen, gut sein derselben einen, absichtlich matt formulirten zweiten Zusatz anzuhängen, den

Zusatz b).

Für die Zukunft ist neben den offnen Trinkerheilanstalten und den geschlossenen Irrenanstalten die Errichtung geschlossener staatlicher Trinkerverwahranstalten im Auge zu behalten, die vielleicht mit den gleichfalls erst postulierten Anstalten für moralische Idioten verbunden werden können.

Ich möchte Sie bitten, m. H., von einem Eingehen in das Detail dieser Zukunftspläne für heute abzusehen.

III.

Ich komme zur III. These: Wenn wir die Frage der Trinkerversorgung vollständig erörtern wollen, dürfen wir — meine ich — die Familienpflege nicht mit Stillschweigen übergehen. Ohne sie als das Beste oder gar Einzige zur Heilung der Trinker hinzustellen, werden ihr jedenfalls die meisten Abstinenten das Wort reden und, wie ich glaube, mit Recht. Man hat doch schon gute Erfolge damit erzielt. Ja! ich halte es sogar für nicht ausgeschlossen, dass sie auch für die Versorgung Unheilbarer dereinst noch mal ganz gute Dienste leisten wird, wenn auch in bescheidenen Grenzen. Freilich kan man davon überhaupt nur reden, wenn man abstinente Familien hat. Von vielleicht sich in Zukunft einmal ergebenden glücklichen Constellationen abgesehen, kann deshalb an eine Versorgung in Familienpflege im Sinne der jetzt so viel besprochenen und mit Recht protegirten Pflege Geisteskranker in Familien in Form von Kolonien nach Muster von Geehl, Ilten, Jerichow u. s. w., vorerst nicht die Rede sein! Die schlechten Erfahrungen in dieser Beziehung in Berlin beweisen garnichts, und Sander's Hinweis in Dresden auf diese Misserfolge waren meines Erachtens durchaus deplacirt. In diesem Sinne formulire ich meine

These III.

Neben der Unterbringung der Alkoholiker in offenen und geschlossenen An-



stalten wird auch eine solche in abstinenten Familien in manchen Fällen gute Dienste leisten. Doch ist diese Frage streng zu trennen von der jetzt viel erörterten „Familienpflege" im psychiatrischen Sinne.

Dies meine Herren meine Thesen! Absichtlich habe ich Nebensächliches bei Seite gelassen, insbesondere auch die Frage von der ärztlichen und nichtärztlichen Leitung, sowie die des Namens der Anstalt, die wir in Aachen bereits erörtert haben; ich halte sie keineswegs für unwichtig, vorläufig aber für nebensächlich. Manchem von Ihnen sind meine Thesen vielleicht zu konservativ. Ich glaube aber, gerade wir Abstinenten haben ein Interesse darin, dass die Entwicklung der Trinkeranstalten nicht überstürzt wird, damit unsere Ideen erst mehr Boden gewinnen.

Es hätte viel für sich, die Thesen nacheinander zu diskutiren. Andererseits bedingt so sehr die eine die andere, dass ich Ihnen anheimstelle, ob sie erst oder ausschliesslich in eine Generaldebatte eintreten wollen.

Mittheilungen.

— **6. Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des Deutschen Sprachgebietes.** Hamburg, den 25. September 1901.

Der Vorsitzende Delbrück-Bremen eröffnete die Versammlung und ertheilte sofort das Wort an Nonne-Hamburg, der verhindert war, der Versammlung bis zu Ende beizuwohnen. Nonne-Hamburg berichtete über das Abstinenzsanatorium „Waldesruh" in Reinbek b. Hamburg, das vor 3½ Jahren begründet wurde und in dem bisher 110 Kranke behandelt wurden, von denen z. Zt. sich noch 25 darin befinden. Der Vorsteher der Anstalt ist ein Laie, der Guttempler ist, von Aerzten wird nur die Aufsicht ausgeübt, ebenso gehen die Aufnahmeverhandlungen durch die Hand des Arztes. Aufgenommen werden nur männliche Kranke, ausgeschlossen sind: 1. Fälle, in denen Brust- und Unterleibsorgane nachweislich bereits stärker verändert sind; 2. alkoholische Psychosen incl. epileptischen Psychosen; 3. alle Fälle von acutem alkoholischem Delirium.

Herr Nonne stellte zur Discussion folgende Fragen:

1. Wie kann man Alkoholisten nutzbringend beschäftigen? Hat man das Recht dazu? Soll man in die Prospecte aufnehmen, dass der Kranke verpflichtet ist zur Arbeit?

2. Hinweisend auf die von einander sehr verschiedenen Resultate, die aus den Statistiken über die Heilung Trunksüchtiger zu ersehen sind und die nach seiner Meinung mit daraus sich ergeben, dass bei der Heilung in den einzelnen Anstalten ein anderer Maassstab angelegt wird, stellt er die Frage, ob es als Heilung anzusehen ist, wenn der Kranke

a) nach 3 — 4 — 5 Jahren nicht rückfällig geworden ist,

b) oder erst wenn er abstinent geblieben ist,

c) oder schon wenn er zwar mässig trinkt, aber sich wirthschaftlich hält.

Die Discussion über diese Fragen wird auf den Vorschlag von Delbrück vereinigt mit der über den Vortrag Delbrücks über Trinkerheilstätten.

Der Vorsitzende gedachte alsdann der beiden verstorbenen Mitglieder Fick-Würzburg und Pettenkofer-München. Die Versammelten erhoben sich, um ihr Andenken zu ehren, von den Sitzen.

Delbrück hielt darauf seinen Vortrag über: Trinkerheilstätten (siehe das Original dieser Nummer).

Discussion: Smith-Schloss Marbach, stimmt den Thesen Delbrücks zu, will jedoch, dass statt des Wortes Trinkerheilstätte das Wort Abstinenzsanatorium gewählt wird. Er hat die Erfahrung gemacht, dass ein Kranker seine Existenz verlor, weil er in einer Anstalt gewesen war, die den Namen Trinkerheilstätte führte.

Bonne-Flottbek erklärt sich mit den aufgestellten Thesen ebenfalls einverstanden. Die bestehenden Gesetze sollen bei der Behandlung so weit es möglich ist, in Anwendung gebracht werden. Zuvor muss jedoch die Frage klargestellt werden, wer gehört in die Trinkerheilanstalt. B. unterscheidet suggestiblen und dementen Alkoholiker. Die Ersteren sind der Suggestion zugänglich und müssen deshalb der Behandlung durch Abstinenzvereine überwiesen werden. Bei den dementen Alkoholikern hat die Gehirnsubstanz so sehr gelitten, dass bei ihnen die suggestive Behandlung versagt. Sie gehören in die Trinkerheilstätten. Hier muss versucht werden, in ihnen wieder das suggestive Element zu wecken. Es ist von vornherein nicht möglich zu sagen, ob dieser Versuch gelingen wird, dazu ist zwangsweise Unterbringung in der Anstalt und 1—2—3 Jahre lange Behandlung durch geeignetes Personal erforderlich. Die Heilbaren können nach erfolgreicher Behandlung der menschlichen Gesellschaft wieder gegeben werden. Für die unheilbar Dementen ist die Hilfe des bürgerl. Gesetzbuchs in Anspruch zu nehmen (Entmündigung). Er verurtheilt den Zwang zur Arbeit, weil derselbe eine Gegenwirkung gegen die Suggestion ausübt. Die Arbeit soll als etwas Erstrebenswerthes, als eine Art Vergünstigung hingestellt werden, es soll den Kranken nur Gelegenheit gegeben werden, sich zu beschäftigen, Zwang wirkt hier demoralisirend. Als geheilt kann ein Behandelter erst dann betrachtet werden, wenn er sich mit Begeisterung in den Kampf für die Abstinenz stellt und sich zur Mitarbeit hierin bereit erklärt.

Smith-Marbach vertritt gleichfalls die Ansicht, dass die Kranken in Abstinenzsanatorien nicht zur Arbeit gezwungen werden dürfen, sondern dass man

ihnen nur gestatten darf, ihre Kräfte zu bethätigen. Trinker sind stets misstrauisch und halten von vornherein ihr Selbständigkeitsgefühl für gefährdet, deshalb ist bei ihrer Behandlung ein ganz diplomatisches Vorgehen erforderlich. Smith theilt noch mit, dass in Baden seitens der Regierung die Errichtung einer Heilstätte für Trinker in Aussicht genommen ist.

Smith-Niendorf will, dass eine offene Anstalt für Trinker an bestehende Verhältnisse angegliedert wird. Grosse Trinkerheilstätten hält er für undurchführbar, weil darin die Individualität des Kranken nicht berücksichtigt wird, der dort zu einer Treibhauspflanze erzogen wird und der beim Schritt ins Leben zurückstolpert.

Kantorovicz-Hannover theilt mit, dass die Schleswig-Holsteinsche Landesversicherungsanstalt die Kosten des Heilverfahrens bei Trinkern übernimmt, wenn dieselben sich verpflichten einem Abstinenzverein beizutreten. Andere Landesversicherungsanstalten sollten darauf hingewiesen werden.

Bonne-Flottbek glaubt, dass durch ein solches Verfahren eine Gegensuggestion wachgerufen und die Betreffenden dann unheilbar würden.

Aschaffenburg-Halle a. S. ist der Meinung, dass bei der Unterbringung der Trinker in eine Trinkerheilanstalt z. Zt. ein Zwang nicht ausgeübt werden kann. Es fehlen erstens öffentliche Anstalten, die diesem Zwecke dienen würden, und zweitens ist eine Zwangsheilung nicht vorgesehen. Mit der Entmündigung auf Grund des B. G. B. kann man dem widerspenstigen Trinker nur drohen, die Stellung des Antrags kann verschoben werden, wenn Aussicht auf Besserung besteht. Die bestehenden Gesetze sind machtlos und zwecklos. Der beste Weg wohl ist es, dem Trinker die Arbeit als verlockend und gut hinzustellen, ein Arbeitszwang ist aber doch nothwendig für Manchen, der nicht arbeiten wird, wenn er weiss, dass in der Heilanstalt nicht gearbeitet zu werden braucht, der sich aber fügen wird, wenn er arbeiten muss. Ein Arbeitszwang ist unbedingt nothwendig für moralische Idioten. A. schlägt vor in These II a das Wort „moralische“ zu streichen. Er weist noch darauf hin, dass es schwer sein wird bei Einführung der Abstinenz in den Anstalten die Vorurtheile der Regierungen zu überwinden.

Schomerus-Wulsrode hat die Erfahrung gemacht, dass ein Trinker, der in Behandlung gewesen ist und sich selbst überlassen bleibt, rettungslos verloren ist, da in sich keiner den genügenden Halt findet, es ist nothwendig, dass ein dritter abstinenter Mann sich verpflichtet, ihn bei sich aufzunehmen und sich seiner annimmt.

Reip-Arendsee. Die Erfolge der Abstinenzvereine sind nur deshalb grösser als die der Trinkerheilanstalten, weil in den Vereinen nur leichtere Fälle, die viel zahlreicher als die schweren sind, zur Behandlung kommen. Für schwer erkrankte Trinker ist Anstaltsbehandlung nothwendig.

Smith-Marbach. Für die Kranken, die unter These I fallen ist ein Arbeitszwang zu verbieten, dagegen erforderlich ist er für solche Kranke, auf die These II b. Bezug hat. In Anstaltsbehandlung dürfen nur schwer Kranke kommen, je schwerer der Zustand ist, um so schwerer sind die Defecte und dann die Heilung.

Eplinius-Hamburg glaubt, dass es ein Irrthum ist, wenn man annimmt, dass den Vereinen nur leichte Fälle und nur den Anstalten schwer Erkrankte überwiesen würden. Dass ein heilbarer Trinker geheilt würde, dazu wäre nur erforderlich, dass er in die rechten Hände käme. Es käme auf die Person des Leiters der Anstalt an. Wo gute Leitung wäre, wären auch gute Erfolge (Ellikon). Ein schlechter Leiter hätte nur schlechte Erfolge.

Lilienstein-Nauheim hält abstinente Abtheilungen, die an schon bestehende Abtheilungen angegliedert werden, nicht für geeignet. Er will, dass unter IIa. hinzugefügt wird, dass die Abstinenzsuggestion durch Guttempler ausgeführt wird.

Delbrück (Schlusswort). Die Discussion hat gezeigt, dass wohl die Mehrheit dafür ist, dass Zwangsarbeit bei der Behandlung heilbarer Trinker auszuschliessen ist. D. empfiehlt, die von Colla aufgestellten Thesen, ferner zur Entscheidung, ob Heilung in einem Falle vorliegt oder nicht, als Muster das Schema von Ellikon und für die Behandlung schwerer Fälle Zwangsaufenthalt in einer Anstalt.

Auf Vorschlag von Aschaffenburg gelangen die von Delbrück aufgestellten Thesen zur Annahme mit der Abänderung, dass in These IIa. das Wort „moralische“ und die Klammer um das Wort „allmählich“ gestrichen werden. Ferner soll hinzugefügt werden, dass es sich empfiehlt, die aus den Anstalten Entlassenen Abstinenzvereinen überweisen zu lassen.

Bolte-Bremen: Einige der neuesten Forschungen der experimentellen Pharmakologie u. Pathologie des Alkohols, sowie über Pathologie der Alkoholkrankheiten.

Laitinen hat 342 Thiere (Hunde, Hühner, Tauben, Kaninchen und Meerschweinchen), von denen die erste Gruppe an Alkohol gewöhnt worden war, die zweite keinen Alkohol bisher erhalten hatte, aber dann einer Alkoholtherapie unterzogen wurde und die dritte, die überhaupt keinen Alkohol erhalten hatten und als Controllthiere dienten, mit Milzbrand bezw. Tuberculose bezw. Diphtherie inficirt.

Die Versuche mit Tuberculose hatten unsichere Ergebnisse. Von den Kaninchen, die wegen ihrer Empfindlichkeit gegen Milzbrand nur mit abgeschwächten Culturen inficirt waren, starben von den alkoholisirten Thieren 95 % von den Controllthieren nur 50 %. Unter den übrigen Thieren, die einer Milzbrandinfection ausgesetzt waren, starben von alkoholisirten 86 %, von den Controllthieren 40 %. Bei der Diphterieinfection ergab sich eine Mortalität von 86 % für die Thiere, die Alkohol erhalten hatten, und von 66 % für die Controllthiere.

Der den Thieren verabfolgten Menge Alkohol entsprach für den Menschen etwa 1 Fl. Cognac, also dem bei Puerperalsepsis empfohlenen Quantum.

Laitinen hat neuerdings kleinere Dosen Alkohol angewendet, wie man sie in der Praxis gewöhnlich anwendet. Es ergaben sich kleinere Ausschläge, aber doch noch zu Gunsten der nicht alkoholisirten Thiere.

Kögler-Wien hat dieselben Ergebnisse für den Friedländerschen Pneumoniebacillus erzielt.

Sahli und Gottlieb haben eine günstige Wirkung auf das Herz beobachtet, insofern, als Alkohol Gefässerweiternd wirkt und so vorübergehend die Herzarbeit erleichtert. Sahli empfiehlt deshalb den Alkohol bei febrilem Schüttelfrost, nach dem Bade, bei psychischem Collaps mit normalem oder übernormalem Blutdruck.

Gruber hat bei Meerschweinchen, bei denen Injectionen von frischen abgetöteten Bakterium-prodigiosum-Culturen zu Tode führenden Collaps hervorrief, die Lebensdauer von $6\frac{1}{2}$ auf 14,4 Stunden verlängert. 2 von 16 Alkoholthieren blieben am Leben.

Die Frage, ob Alkohol eiweissparend und ein Nahrungsmittel (Binzsche Schule) oder ob er ein toxisches Mittel und deshalb ohne Nährwerth (Anhänger von Bunge und Noorden) oder ob er fettsparend und ein Nahrungsmittel ist, hat Kassowitz neuerdings erörtert. Er behauptet, dass der hohe Calorienwerth nicht das entscheidende Charakteristikum des Nahrungsmittels sei, sondern der „Bauwerth". Er kommt zu dem Schluss, dass der Alkohol als Kräftigungs- oder Sparmittel vom Krankenbett zu verbannen ist, für Fiebernde schlägt er nur reelle Nahrungsmittel, besonders Milch und Zucker vor.

Gruber protestirt dagegen, indem er die Diabetesfälle anführt, die nicht im Stande sind, ihren Bedarf zu decken, aber durch Alkoholdarreichung ins Gleichgewicht kommen.

Bezzola hat in der Schweiz Untersuchungen über die Alkoholwirkung zur Zeit der Zeugung angestellt. Er hat aus der bekannten gesetzmässig verlaufenden Geburtskurve eine Zeugungskurve berechnet; ferner von ca. 9000 Schwachsinnigen den muthmaasslichen Zeugungstag festgestellt und die daraus sich ergebende Kurve mit der normalen verglichen. Er fand, dass in der Zeit der Alkoholexcesse (Neujahr, Fasching, Weinlese) unverhältnissmässig viel Schwachsinnige producirt werden. Dieser Umstand tritt besonders scharf in den Weinkantonen hervor.

Laitinen hat nachgewiesen, dass unter den Geburten von alkoholisirten Thieren sich 60—90 % Totgeburten, unter denen von Controllthieren sich nur 18—23 % befanden. Bei den Jungen der alkoholisirten Thiere konnten oft fettige Degeneration, Cirrhose oder Missbildungen festgestellt werden.

Hiermit decken sich die Untersuchungen von Sullivan über die Nachkommen von 120 Säuferinnen

Bonhöffer hat merkwürdige Symptome bei Alkoholdeliranten beobachtet und Siegrist Augenerkrankungen von Alkoholikern beschrieben.

Zusammenhängende Arbeiten über den Alkohol sind recht selten. Gedrängt, aber ziemlich erschöpfend hat Delbrück dieses umfangreiche Kapitel abgehandelt. Daraus sei hervorgehoben, dass an der Spitze der Alkohol consumirenden Länder Frankreich steht, Deutschland etwa in der Mitte. Hier stellt sich der tägliche Consum auf den Kopf der männlichen Bevölkerung über 15 Jahre berechnet auf 80 ccm. absol. Alkohols (Rauschdosis Kräpelins). In allen Ländern befindet sich der Alkoholconsum in steigender Progression. Skandinavien allein macht eine Ausnahme in Folge der dort immer mehr an Boden gewinnenden Abstinenz. Die Länder, in denen der Biergenuss vorherrscht, haben einen höheren Alkoholconsum als die mit vorwiegendem Schnapsgenuss. Länder, in denen der Schnaps durch das Bier verdrängt wird, zeigen eine Zunahme des Alkoholgenusses.

Braune-Schwetz (Weichsel).

— **Programm** der 68. ordentlichen Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am Samstag den 9. November 1901, Nachmittags $1\frac{1}{2}$ Uhr in Bonn im Hotel Kley.

1. Geschäftliche Mittheilungen. 2. Neuwahl des Vorstandes. 3. Aufnahme neuer Mitglieder. Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. Danckwardt-Lüttringhausen, Dr. Günther-Düren, Dr. Leers-Krefeld, Dr. Richter-Galkhausen, Dr. Rumpf-Bonn, Dr. Stroux-Düren, Dr. Wirsch-Bonn. 4. Vorträge. a) Discussion über das Referat Schultze vom 15. Juli cr. und seine Resolution: Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz hält den Standpunkt, dass ein Geisteskranker, dessen Entmündigung abgelehnt ist, nicht gegen seinen Willen in der Anstalt zurückgehalten werden darf, prinzipiell und practisch für höchst bedenklich. b) Ennen, Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen. c) Longard, Ein Fall von Hypnose vor Gericht. d) Foerster, Beitrag zur Lehre von der juvenilen Form der progressiven Paralyse.

Gemeinschaftliches Mittagsessen um $4\frac{1}{2}$ Uhr.

Pelman. Oebeke. Umpfenbach.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Oscar Woods, The Presidential Adress.

John Carswell, The Working of the Inebriates Act.

Thomas Drapes, Phthisis and Insanity: a Study based mainly on the Statistical Returns of Comparative Mortality in Ireland.

F. W. Edridge-Green, The Evolution of the Colour Sense.

Edward D. O'Neill, The Superannuation Question: its Effect on Assylum Officials, with Suggestions for Further Legislation on the Matter.

William Graham, Recent Lunacy Legislation: Retrogression or Progress.

A. R. Urquhart, On the Favourable Results of Transference of Insane Patients from one Asylum to another.

W. R. Dawson, On Suprarenal Extract in the Treatment of Mental Diseases.

John Keay, The Case of the Insane in Asylums during the Night.

Joseph Shaw Bolton, Lantern Demonstration of Gross Lesions of the Cerebrum.

W. Norwood East, Physical and Moral Insensibility in the Criminal.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 33. 9. November. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur zellenlosen Behandlung.

Von Dr. *C. Degenkolb*, Neustadt i. H.

I.

Die zellenlose Behandlung in Lübeck.

Seit der neuerlichen Veröffentlichung von Kalmus*) ist die Frage der zellenlosen Behandlung der Irren so viel und lebhaft diskutirt worden, dass eine weitere Auslassung über dieses Thema schwerlich auf den Beifall weiter Kreise wird rechnen können. Ich muss es dem geneigten Leser anheimstellen, zu beurtheilen, inwieweit die nachstehende Schilderung etwa eine Lücke in der Diskussion auszufüllen und Interessantes zu bieten vermag. Sie beruht im wesentlichen auf einem Anfangs August d. J. der Lübecker Anstalt abgestatteten Besuche.

Es ist mit Freuden zu begrüssen, dass sich die freie Stadt Lübeck ungeachtet der aus dem Bau des Elb-Travekanals erwachsenen financiellen Belastung zum Neubau einer Irrenanstalt entschlossen hat. Denn die jetzige Anstalt ist in der That ein ganz veraltetes Gebäude.

Meine Schilderung beschränkt sich auf die Frauenabtheilung; sind doch, wie ein Jeder weiss, sowohl die Schwierigkeiten der zellenlosen, als auch die Missstände der Zellen-Behandlung bei den Frauen weit grösser, als bei Männern. Ganz genaue Einzeldaten kann ich leider nicht zu grunde legen; jedoch kann das Nachstehende in keinem irgend wesentlichen Punkte ein falsches Bild geben. Auf buchstäbliche Genauigkeit kommt es um so weniger an, als man sich in Lübeck weniger als wohl durchschnittlich anderwärts an einen feststehenden Belegungsplan hält, vielmehr da und dort nach Bedarf ein Bett einstellt oder herausnimmt, und auch die Zweckbestimmung der Räume ändert. Für die mir in Lübeck und später durch Herrn Dr. Kalmus ertheilten Auskünfte statte ich an dieser Stelle meinen besten Dank ab; ich kann mich aber deshalb nicht in der Freiheit der Kritik für gebunden halten. Vielleicht geben diese meine Schilderungen die Anregung zu einer authentischen Veröffentlichung über die Lübecker Einrichtungen.

Die Lübecker Frauenabtheilung**) zählt bei einer Jahresaufnahme von 20 bis 30 Fällen etwa 75—80 Kranke, unter denen sich am 1. April 1901 18 Pensionärinnen befanden. Wohl mindestens die Hälfte von diesen bewohnt eine gesonderte Pensionärabtheilung. In einem abseits gelegenen Koloniehause waren Anfangs August etwa 66 Kranke untergebracht. Für die

*) Diese Wochenschrift II, S. 469.

**) Vergleiche die Jahresberichte der Vorsteherschaft der Irrenanstalt zu Lübeck.



eigentliche Hauptabtheilung verbleiben höchstens 65—70 Kranke. Für diese stehen etwa 19 Betträume zur Verfügung. Davon entfallen auf das Parterre: Ein grösserer Wachsaal mit etwa 2 kleineren Nebenzimmern zu je etwa 3 Betten — 2 Bettbehandlungssäle mit Tagwache — ausserdem (grösstentheils in einer hinteren und einer vorderen Zimmerflucht) etwa 5 kleine Zimmer zu 2—3, und etwa 3 zu 1 Bett. Im 1. Stock kommen hinzu ein grösserer Schlafsaal für Ruhige, sowie je 1 Zimmer zu 5, 4, 3, 2, 1 Bett. In Räumen zu 1—3 Betten können über 25% der Kranken untergebracht werden. Charakteristisch ist der grosse Ueberschuss an freien Bettplätzen, welcher ständig zur Verfügung gehalten wird. So war bei meinem Besuch die Zahl der freien Bettplätze auf Hauptabtheilung und Kolonie auf „nur 6" gesunken und deshalb die Einrichtung von 3 neuen Bettplätzen bestimmt worden, davon 2 in einem bisher als Tagraum verwandten kleinen Zimmer des Parterre. Da schon an sich Ueberfüllung besteht, so kommen auf einen verfügbaren (nicht: belegten) Bettplatz nur etwa 12—14 cbm Luftraum.

An Tagräumen erinnere ich mich nur eines einzigen kleinen Raumes, ausserdem einer hübschen Nähstube. Dauerbadewannen sind 3 vorhanden. 2 kleine Abtheilungsgärtchen, 1 schöner grosser Garten vervollständigen das Bild des für uns Wissenswerthen.

Die kleinen Räume der 2 Zimmerfluchten im Parterre sind grösstentheils frühere Zellen, welche durch Mittel wie Ausstattung mit lose stehendem Bett, eventuell Nachttisch, Stuhl, Blumen, Bilder, auch wohl Schablonirung der Wände, Gardinen, alle mit mehr weniger vollständigem Erfolg in wohnliche Zimmer umgewandelt worden sind.

Im vorderen Theil der Anlage gehört hieher ein früherer Zellencorridor mit zwei früheren Zellen zu 1 Bett. Die starken Thüren lassen sich tagüber mit einer sinnreichen eingelassenen Vorrichtung von innen öffnen, sodass die Kranken sich auf den nach aussen abgeschlossenen schmalen Corridor begeben können. Nachts werden beide Zimmer abgeschlossen. In ihnen wie im Corridor schneiden die unteren Ränder der Fensternischen mindestens 155 cm über dem Fussboden ab. Letzteres ist übrigens auch z. B. in dem aus solchen Zellen umgeschaffenen einen Bettbehandlungssaale der Fall. Die Scheiben in beiden Zimmern bestehen aus dünnerem Hartglase. Ernsten Angriffen einer tobenden — oder selbstgefährlichen — Kranken gegenüber würden sie bei der Ausstattung der Räume so gut wie schutzlos sein. In den Zimmern leben und wohnen in dauernder Weise chronische Kranke, welche, so wie ich erfuhr, in Gesellschaft mit andern Menschen und namentlich auch Nachts dazu neigen, durch Lärmen und Schelten zu stören. Je nachdem stehen sie zeitweilig tagüber nach ärztlicher Verordnung auf, bleiben aber meines Wissens nicht angekleidet in ihrem Zimmer, sondern kommen dann in den Garten u. s. w.

Eine zweite nach hinten belegene etwas grössere Zimmerflucht besteht mit Ausnahme der der Anstalt auferlegten Verbrecherzelle aus baulich sehr zimmerartigen kleinen Räumen. Hier hatten die ruhigen unsauberen, bezw. nassen Kranken ihr Quartier, etwa 6 von 9, von denen 3—4 auch tagüber zu Bette lagen; etwa 3 unruhige Unsaubere lagen in dem einen Nebenraume des Wachsaals. Tags sind auch hier die Thüren unverschlossen, Nachts verschlossen.

Stationirt ist eine Wärterin weder auf dem vorderen noch auf diesem hinteren Corridor, weder Tags noch Nachts. An dem vorderen schläft wohl auch Nachts keine Wärterin. Um Missdeutungen vorzubeugen, bemerke ich, dass ich auch hier dieselbe Sauberkeit und Ordnung antraf wie überall.

Bei der ganzen Einrichtung der früheren Zellen kann ein schwer erregter Kranker in ihnen überhaupt nicht gehalten werden, und ist jeder Missbrauch derselben, etwa seitens des Personals hinter dem Rücken der Aerzte, gänzlich ausgeschlossen. Sowie ein Einzelzimmerpatient stärker erregt wird oder üble Angewohnheiten annimmt, wird er in einen Ueberwachungsraum verlegt, vor allem in den Wachsaal, ebenso die Unsauberen, schon wenn sie häufiger mit Koth unrein sind. Ebendahin gelangen überhaupt alle drohenden oder beginnenden Erregungszustände, sowie die frisch hereingekommenen Kranken. Niemals wird ein Kranker wegen irgendwelcher Erregung in einem der geschilderten kleinen Zimmer „separirt." Mittels einer sehr ausgebildeten Bettbehandlung, unterstützt nur durch allbekannte Mittel, wie Bäder, Packungen, Medikamente, — bei recht bequemen Betten — gelingt es, mit jeder Erregung fertig zu werden. Die Anwendung der Dauerbäder etc. entspricht durchweg der allerorten anerkannten Forderung, jeden Zwang dabei sorgsam zu vermeiden. Medikamente spielen neuerdings eine noch geringere Rolle, als Kalmus mitgetheilt hatte; so waren in der Lübecker Anstalt in einem ganzen Monat (abgesehen von dem für Epileptiker in grösseren Mengen verbrauchten Brom) nur ca. 45—60 Einzelverordnungen der gebräuchlichen Schlafmittel verabreicht worden. Subcutan beigebracht werden Extr. Opii und Morphium;



der Consum an letzterem ist ein ganz mässiger; chemischer Zwang kann keine Rolle spielen.

Einen eigenartigen Zug der Lübecker Einrichtung finde ich an dem Bestreben, sich die Möglichkeit der Bettbehandlung, der Hydrotherapie u. s. w. jederzeit für beliebige Dauer und in einer Auswahl zweckmässiger Variationen frei zu halten. Dafür hat man die Einrichtungen zur Bettbehandlung unter Preisgebung fast aller Tagräume ausgedehnt; ohne Rücksicht auf den Luftkubus einen Ueberschuss von ca. 12% freier Betten geschaffen, der stets mannigfache Möglichkeiten der Verlegung sichert; man wahrt eine gewisse Beweglichkeit auch in der Verwendung der Räume. Die Ausstattung der Räume ist schlicht, aber nirgends uniform, wobei der behagliche Eindruck der im 1. Stock belegenen (gleichfalls ein paar bettlägerige Kranke bergenden) kleineren Räume besondere Hervorhebung verdient. All das lässt sich natürlich nur ausnützen bei reichlichem Wartepersonal — anf. August 1:6, dazu 2 Oberwärterinnen — welches die sehr vermehrten Aufgaben der Beaufsichtigung und Pflege erfüllen, aber im Nothfall auch Extranachtwachen, nächtliche Dauerbäder und dgl. besorgen muss. Freilich treten, sowie das Lübecker System jetzt funktionirt, solche schwierige Fälle sehr viel seltener an den Arzt heran, als man das an der Hand einer mit Zellen arbeitenden Praxis irgend erwarten würde. Aber den Spielraum gewährt die Einrichtung für sehr weitgehende Verordnungen, der Arzt kann sie jederzeit treffen, schon bei den leisen Anzeichen drohender Erregung, sofort, sowie er es für gut findet, und so intensiv; dabei könnte er auch die Behandlung der Einzelfälle den besonderen Umständen entsprechend vielfach spezialisiren, und individualisiren, zu letzterem Zweck auch viel mehr die Wünsche und Stimmungen der Kranken, soweit sie sich dazu irgend eignen, berücksichtigen, als dies unter einfacheren Verhältnissen mit der Anstaltordnung verträglich wäre.

Kein Unbefangener wird verkennen, dass günstige Umstände die zellenlose Behandlung in Lübeck sehr erleichtern. Bei einem Bestand von 75—80 und durchschnitlich alle 14 Tage einer frischen Aufnahme kommen zur Zeit 2—4 schwere Erregungen bezw. Unruhige zusammen; mir wurden 2—3 als solche bezeichnet. Indess wenn es auch einmal 3—6 werden sollten, welch ein Unterschied z. B. gegen die Verhältnisse einer Klinik, wo oft an mehreren Tagen hintereinander jedesmal mehrere schwer erregte Kranke hereinkommen, oder grosser Landesanstalten, welche neben mehr weniger zahlreichen frischen Aufnahmen noch in reicher Menge jene chronisch unruhigen Zellenpatienten behandeln sollen, Kranke, die vor 15—20—30 Jahren aufgenommen, und nach der damals anerkannten Praxis ausgiebig isolirt und an die Zelle gewöhnt worden sind; ganz zu geschweigen von jenen allerschlimmsten Fällen, welche Jahre und Jahrzehnte lang in der Familie durchgeschleppt worden sind — wie die arme Blanche Monnier — um schliesslich in einem unglaublichen Grad von Verwilderung der Anstalt zugeführt zu werden. Herr Dr. Kalmus meint freilich, grosse Anstalten hätten auch proportional mehr Personal und Raum, und es sei gleichgültig, ob man viele Unruhige nebeneinander oder nacheinander zu behandeln habe; indess damit beweist er doch nur, dass er die bestehenden Verhältnisse höchstens ganz oberflächlich kennt, und wegen ungenügender Kenntniss nicht in der Lage ist, sie zu verstehen. Die frischaufgenommenen in der neuen Umgebung noch unbekannten Kranken beruhigen sich in erregbarer Umgebung nicht nur selbst viel schwerer, sie beunruhigen auch noch die andern. Ebenso wird bei den dauernd oder intermittirend erregten chronischen Fällen die gegenseitige Toleranz nur allzuoft vermisst; deshalb wachsen die Schwierigkeiten nicht etwa proportional der Zahl der Unruhigen, sondern sie werden durch die zunehmende Häufung potenzirt. Und zwar nach einem doppelten Exponenten, erstens nach dem Maasse der gegenseitigen Beunruhigung, zweitens nach der schwindenden Möglichkeit, zu individualisiren. Danach berechne man einmal die Zahl der nöthigen Baderäume, Tagwachsäle, Nachtwachen, Einzelwohnzimmer, und Abtheilungen überhaupt!

Wohl keine andere Anstalt besitzt eine derartige Anzahl grosser, mittlerer, kleinerer und Einzelräume (durchschnittlich 1 Raum auf etwa 3 1/2 Kranke) wie Lübeck; und durch die winklige Bauweise werden sie sozusagen in eine ganze Anzahl natürlicher Abtheilungen gegliedert. Das ladet ja bei ausreichendem Personalbestande geradezu zum Specialisiren und Individualisiren ein. Auf die Einzelwohnzimmer möchte ich, wie dies auch Wattenberg betont hat, nicht in erster Linie Werth legen; worauf es ankommt, das ist die grosse Auswahl an mannigfaltigen Räumen — unter denen freilich auch die Einzelzimmer eine Rolle spielen.

Für bedeutungslos halte ich dagegen die zellenmässige Hochlegung der Fenster in einzelnen Räumen; an einem Neubau würde ich sie mit dem Geiste der freien Behandlung für unvereinbar finden. Doch darüber, und ebenso über die Art wie man in Lübeck die früheren Zellen benutzt (letzteres namentlich im Hinblick auf den anderwärts der Isolirbuchführung



zu Grunde liegenden Isolirungsbegriff), möchte ich nicht rechten. Ich erblicke darin nur eine durch die harte Nothwendigkeit gerechtfertigte Concession an die Ueberfüllung und an die veraltete Bauweise. Allerdings für einwandsfrei halte ich sie nicht, am wenigsten die Unterbringung der ruhigen Unsauberen. Da die Nothwendigkeit ständiger Wartung gerade solcher Kranker in Lübeck sicherlich nicht geringer eingeschätzt wird, als überall anderwärts, so ergiebt sich der bedeutsame Schluss, dass der Personalbestand von 1:6 nicht ausreichte, um neben der zellenlosen Behandlung auch alle andern Aufgaben zu erfüllen. Aber alle diese Dinge hängen nicht mit dem Wesen der Lübecker Einrichtung zusammen; an dem Tage, wo die neue Anstalt eingeweiht ist, werden alle hier anknüpfenden Einwendungen ganz von selbst ohne weiteres gegenstandslos werden.

Wesentlich ist dagegen an dieser Lübecker Einrichtung, dass mit ihrer Hülfe — ähnlich wie auch schon an anderen Orten — das Problem der durchaus zellenlosen Behandlung aller zuvor zeitweilig der Zelle verfallenen Kranken im Princip gelöst worden ist. Es ist anzuerkennen, dass dabei doch auch in manchen Punkten besondere Schwierigkeiten zu überwinden waren. Zu der Ueberfüllung kommt hinzu der Umstand, dass eine Entlassung Kranker nur nach Armenhaus oder Familie stattfinden kann, ferner doch auch eher als erschwerend die grosse Zahl der Pensionäre. Der Volksschlag hierzulande liefert einen recht stattlichen Prozentsatz erregter und unruhiger Kranker, wenn ich nach vergleichenden Eindrücken urtheilen darf. Die Beschaffenheit des Wartepersonals ist, wie ich zu wissen glaube, an sich keine bessere als anderswo auch. Dass man die vollkommene Ruhe und Ordnung in dieser überfüllten Frauenabtheilung, wie ich sie antraf, mit einem verhältnissmässig geringen Aufwande besonderer Maassnahmen von durchweg allbekannter Art ohne jede eigentliche Isolirung aufrecht erhalten kann, dass man insbesondere mit gefährlichen Impulsen der Kranken überraschend wenig Schwierigkeiten zu haben scheint, geht aus der Schilderung von Kalmus hervor, und ich möchte es an der Hand ins Einzelne gehender Erkundigungen bestätigen. Damit stimmen a auch die Mittheilungen der anderen Bahnbrecher auf diesem Felde, von Scholz, Hoppe, Bresler, Merklin, überein. Also dieselbe Erfahrung, welche sich bei der Beseitigung der mechanischen Zwangsmittel, bei der Einführung der Beschäftigungstherapie, der Kolonisirung, der Bettbehandlung jedesmal wiederholt hat: die Kranken wurden an sich ruhiger, man konnte besser mit ihnen fertig werden, als vorher. Der Grund, warum dieser charakteristische Erfolg auch hier eingetreten ist, liegt meines Erachtens in der radikalen Beseitigung der Zwangsisolirung. Jede Isolirung, bei welcher der Kranke unter ernstlichem Protest oder gar unter thätlichem Widerstande in die Zelle verbracht und darin gehalten wird, ist eben eine Zwangsmassregel, und lässt sich genau so gut und so schlecht rechtfertigen, wie Zwangsjacke, Zwangshandschuhe etc. etc.; und unter denselben Gesichtspunkt fallen alle Isolirungen, welche nur vorgenommen werden, um den Kranken unschädlich zu machen. Dem praktischen Erfolge entspricht somit im Sinne des Princips der freien Behandlung ein ebenso grosser theoretischer Fortschritt. Beides zusammen ist wohl ein hervorragendes Zeugniss für die in Lübeck zu findende Einrichtung und Behandlungsweise — aber nicht für das starre Schlagwort von der zellenlosen Therapie.

II.

Die Zukunft der zellenlosen Behandlung.

Unter dem Eindrucke der bisher veröffentlichten Erfahrungen wird es mehr und mehr anerkannt, dass die „zellenlose Behandlung" die Anstaltspflege der Irren auf eine höhere Stufe zu heben verspricht, und es ist dieses „für das neue Jahrhundert ausgegebene Stichwort" an massgebender Stelle als „ein aussichtsvolles, neue Verbesserungen in sich schliessendes" bezeichnet worden.*)

Damit ist das Hinarbeiten auf möglichste Einschränkung der Isolirungen für jeden Anstaltsarzt ein noch wichtigerer Theil seiner Aufgabe geworden, als dies bisher schon anerkannt war. Und es war gewiss nicht nur subjektiv berechtigt, wenn die Herren Dr. Wattenberg und Kalmus auf Grund ihrer bedeutsamen Erfolge mit Nachdruck an den guten Willen appellirt haben. Aber jede an sich noch so berechtigte Agitation sollte denn doch des Sprüchwortes eingedenk bleiben: „Alle Schlagwort-Reiterei überhaupt ist eitel Spreu!" Nirgends gilt dies so sehr als gerade in der Psychiatrie. Die exakten pathologisch-physiologischen Grundlagen für eine klare, zielbewusste Indikationsstellung sind grösstentheils noch in Dunkel gehüllt. Die Mannigfaltigkeit der mehr weniger in Betracht kommenden Momente ist — z. T. eben deshalb — ausserordentlich gross. Allen möglichen Verhältnissen des inneren und äusseren Lebens der Menschen hat man in der Behandlung der Einzelfälle gerecht zu werden; und jeder Versuch, psycho-

*) Jolly, Rede, Archiv f. Psych. XXXIV, S. 696.



therapeutische Aufgaben theoretisch zu erfassen, bringt uns nothwendig in Berührung mit den tiefsten Problemen der Philosophie und Erkenntnisstheorie. Kurz, ein schwierigeres Gebiet für das Beurtheilen, Bewerthen und Systematisiren von Erfahrungen gibt es wohl überhaupt kaum, als die Behandlung der Irren. Da sind Vorsicht und Bedacht ebenso wichtig als energisches Vorwärtsstreben; und der gute Wille muss sich in seiner Bethätigung dem universellen Charakter der so unübersehbaren Aufgabe anpassen. Jedes einseitige Verfolgen eines à tout prix zu verwirklichenden Schlagwortes kann allzuleicht dahin führen, dass andere Aufgaben über Gebühr brach liegen, oder gar schon errungenes Gute von dem Neueren benachtheiligt wird.

„Wir sind alle bestrebt, ohne Zelle auszukommen, soweit es aus zwingenden Gründen und Rücksichten auf Personal und Kranke und aus pekuniären Gründen möglich ist“ (Siemens)*) — dieser Satz, der das vorläufig Erreichbare kennzeichnet, wird auch die zunächst gegebene Aufgabe abgrenzen. Nachdem man mittlerweile in Treptow und anderwärts im wesentlichen schon ebensoweit gekommen ist wie in Lübeck, sind die Hoffnungen auf Ueberwindung der äusseren Schwierigkeiten gewachsen. Vielleicht wird sich bei ausdauerndem Bemühen die Sache als viel leichter und weniger kostspielig herausstellen, als man erwarten durfte. Aber heroische Mittel, wie der Wegfall fast aller Tagräume, das sehr dichte Stellen der Betten können wohl nur unter ganz besonderen Verhältnissen — wie solche in Lübeck ja vorlagen — zweckmässig sein. Am allerwenigsten Nachahmung verdient die grundsätzliche Umwandlung der Zellencorridore in Einzelzimmercorridore ohne ständige Corridorwache. Geschähe das in grösserem Maassstabe, eine Zunahme der Unglücksstatistik würde auch durch genaue ärztliche Beobachtung schwerlich zu verhüten sein. Nach wie vor ist eine gut gebaute Zelle unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht nur der Ort, wo ein nicht ausreichend zu beaufsichtigender Kranker niemanden anders gefährdet; sie ist auch trotz Wattenberg und seiner bisher uncontrollirbaren Statistik der Ort, wo er noch am wenigsten durch Fall, Bestossen und dgl. Verletzungen erleiden, und wo er sich am schwersten selbst beschädigen kann. Das wird man zunächst berücksichtigen, solange bis durch die vor allem unerlässliche Personalvermehrung die Vorbedingung allseitiger Aufsicht erfüllt werden kann. Ob anderwärts relativ ebenso viel Personal dazu nöthig sein wird, wie jetzt in Lübeck, muss die Erfahrung lehren. — Höchstens könnte man in besonderen ausgewählten Fällen die Isolirung durch Gewährung von Bett, Nachttisch u. s. w. zu mildern versuchen; dies würde dem Geiste der freien Behandlung um so mehr entsprechen, als thatsächlich selbst erregte Kranke damit oft keinerlei Unfug treiben und sich doch mindestens ebenso rasch beruhigen, als sie es wohl so auch gethan hätten. Uebrigens ist dies wohl nichts Neues.

Auf keinen Fall endgültig erledigt ist die Frage, ob überhaupt die Forderung eines radikalen Verzichtes auf jede Isolirung, mithin der Wegfall der Zelle aus dem Bauplan der Irrenanstalten gerechtfertigt ist. Wenn ich das verneine, so denke ich dabei nicht an die irren Verbrecher. Freilich wird es diese stets in den Irrenanstalten geben, und zwar in der Gestalt aller derjenigen verbrecherischen Irren, welche nur durch ein zufälliges Fehlen des Strafregisters, nicht aber nach dem anthropologischen Begriff des Verbrechers sich von den irren Verbrechern scheiden lassen. Aber ich bekenne mich zu dem Standpunkte, dass, wenn man einmal die schlechthin zellenlose Behandlung proklamirt, dann den irren Verbrechern dasjenige recht sein muss, was den anderen Irren billig ist; und gerade die Kunst der zellenlosen Behandlung dieser Fälle halte ich für ein sehr wichtiges Problem der Zukunft; denn seine Lösung müsste von der grössten, ja vielleicht von entscheidender Bedeutung werden für die Frage nach der richtigen Behandlung von Verbrechern und Verbrechen überhaupt! — Ausserdem entartet gerade bei verbrecherischen Irren die Isolirung besonders leicht zu einer äusserst unästhetischen Zwangsmaassregel, so dass auch praktische Rücksichten hier noch besonders zu einem wenigstens möglichst zellenlosen Regime hindrängen.

Wie schwierig das Problem der zellenlosen Behandlung bei den irren Verbrechern ist, aber auch wie wünschenswerth es, theoretisch betrachtet, wäre, ihrer Durchführung gerade hier noch näher zu kommen, das zeigt der in hiesiger Anstalt vorgekommene Fall des 38jährigen Strafgefangenen N., welcher sich am 15./16. IX. 1898 in der Zelle erhängte*). N. war eine gefährliche Verbrechernatur; seit dem 20. Lebensjahre war er 24 mal wegen Widerstandes, Körperverletzung, Nöthigung, Diebstahl, Betrug u. s. f. bestraft. Er erkrankte, wie es scheint, 1890 im Zuchthause zu X., wo er von 2 Jahren 160 Tage in der Arrestzelle zubrachte. Wie die Abschrift der Strafanstaltsakten ausser Zweifel stellt, hat er die Mehrzahl der Arreststrafen wegen Aeusserung von Verfolgungsideen erlitten! Aus dem gleichen Grunde überfiel und verwundete er einen Mitgefangenen, wofür er unter ausdrücklicher Zustimmung des Anstaltsarztes und Anstaltspastors „30 Hiebe“ erhielt. Auf seinen eigenen dringenden Wunsch wurde er lange Zeit isolirt. Seine Mitgefangenen hielten ihn, wie man aus den Protokollen erkennt,

*) Diese Wochenschrift III Jahrgang 1901 Nr. 25.

*) Neustädter Jahresbericht 1897/99.

schon damals für geisteskrank. Aber erst 1896 kam er vom Gerichtsgefängniss zu Y. aus, wo er mehrere Mitgefangene thätlich angegriffen hatte, als Geisteskranker nach der Irrenanstalt zu Schleswig, von da Mai 1897 nach Neustadt. — N. war ein intelligenter energischer Paranoiker, dessen Verfolgungsideen sich aus ständigen Halluzinationen, vornehmlich des Gehörs, und mehr noch aus fortwährender wahnhafter Verfälschung von Sinnes- (besonders Gehörs-) Eindrücken herleiteten und nährten. Jeder, der ihm gerade in den Weg kam, lief Gefahr, von ihm als Verfolger angesehen zu werden, jedes Geräusch, jede Geberde oder Handlung konnte er als gegen ihn gerichtete Verhöhnung oder Chikane auffassen. Er wurde deshalb häufig gegen zum Theil ganz harmlose Mitkranke und noch mehr gegen die Wärter thätlich. Da sich auch die Bettbehandlung im gemeinsamen Saale deshalb einfach nicht durchführen liess, so wurde eigens für ihn ein wohnliches Einzelzimmer mit gepolsterter Thüre geschaffen, wo er von dem Verkehr im Hause nichts hören konnte. Aber nun griff er das knackende Geräusch auf, das in den Heizröhren jedesmal bei dem (von der Centrale aus besorgten) Anstellen für kurze Zeit entsteht; das machten die Wärter unten aus Chikane gegen ihn; um sich zu rächen, polterte er so laut und anhaltend mit der Bettstelle, dass die Ruhe im Hause schwer gestört wurde. N. machte verschiedene sehr raffinirte Entweichungsversuche, welche ihm auch zweimal vorübergehend gelangen. Wenn der so sehr gemeingefährliche Mensch dann viel in der Zelle gehalten wurde, bedarf dies keiner Rechtfertigung. Aber die immer wiederholten Versuche, ihn zu beschäftigen, abzulenken u. s. w. hatten doch den Erfolg, dass er z. B. im Sommer 1898 Tags so gut wie ganz ausserhalb der Zelle gehalten werden konnte. Seine Stimmung war meist finster, mürrisch und unzufrieden, d. h. eine solche, „die nicht selten mit Selbstmordneigung verbunden ist" (nicht: „war" — wie Herr Hoppe jüngst*) falsch citirt und verstanden hat). Niemals hat N. — weder in Schleswig noch hier — auch nur Andeutungen von Selbstmordgedanken geäussert; selbstmordsüchtig war er also nicht. Aber bekannt st ja, wie schlecht die geistig an sich nicht geschwächten besonnenen Kranken dieser Art jederlei Zwang — und dazu gehört schon die blosse Anstaltsinternirung bei ihnen — vertragen und wie ihnen in solcher Gemüthslage der Selbstmord nahe liegt. Dies und nichts anderes besagt die von Herrn Hoppe angezogene Stelle des Neustädter Jahresberichts, wenn sie genau gelesen und wortgetreu verstanden wird. „Deshalb" (nachdem nämlich der nächtliche Aufenthalt im Wachsaal sich als unmöglich erwiesen hatte) „schlief er Nachts in einer Zelle, deren Einrichtung Sicherheit gegen solche Versuche geben soll." Dass für solche Kranke schliesslich keine Zelle sicher genug gebaut werden kann, glaube ich auch; aber da kann auf die Dauer nichts, auch nicht der bestbediente Wachsaal, eine vollkommene Garantie gegen Selbstmorde geben.

Für unentschieden halte ich aber die Frage nach dem therapeutischen Nutzen der Zelle, eine Frage, welche doch nicht a priori, sondern nur an der Hand exakter klinischer Beobachtung erledigt werden kann. Ein Urtheil hierüber kann nur solchen Anstaltsärzten zustehen, welche schon sehr viele Isolirungen persönlich geleitet und ständig controllirt haben. Die Behauptung Wattenbergs, dass es therapeutische Indikationen für die Zelle nicht mehr geben könne, steht im Widerspruch mit den weit umfassenderen Erfahrungen gerade solcher hauptamtlicher Irrenärzte, welche sehr bemüht sind, die Isolirung einzuschränken. Zunächst nenne ich Neisser,*) welcher therapeutische Indikationen für die Zelle ausdrücklich anerkennt, vor allem bei periodischer Manie, während er über Epileptiker keine ausreichende Erfahrung zu haben angiebt. Paetz,**) dessen Bestrebungen die Psychiatrie eine erhebliche Einschränkung der Isolirung verdankt, hebt hervor, dass der Maniacus und der erregte Halluzinant bezw. Paranoiker durch die Isolirung aufs nachtheiligste beeinflusst werden kann; er nennt epileptische Erregungszustände als Fälle, in welchen die Isolirung „durch Entfernung aller Reize beruhigend einwirkt" — „einen bereits ausgebrochenen Erregungszustand zu mildern und abzukürzen vermag." In dem sehr interessanten jüngsten Jahresbericht der Frankfurter Irrenanstalt spricht sich Sioli dahin aus: „So sehr wir eine weitgehende Einschränkung der Isolirung im Interesse der Kranken halten, so kommen doch hin und wieder Krankheitszustände vor, bei denen eine Isolirung als vortheilhaft für den Kranken, als beruhigend, und die Erregung abkürzend bezeichnet werden muss. Es sind dies besonders pathologische Rauschzustände, Zustände hochgradiger, epileptischer Reizbarkeit oder Tobsucht, Zustände von Rathlosigkeit mit motorischer Unruhe. . . . Oft nach einigen Stunden, sonst meist nach 1 oder 2 Tagen kann man den Kranken zunächst in ein Zimmer mit offener Thüre und bald in einen Wachsaal legen." — Wie man ersieht, kommen hier besonders auch epileptische Zustände in Frage. Auch Bresler in seiner Mittheilung: „5 Jahre ohne Zelle"***) — bemerkt: „Bei 2 oder 3 Fällen von schweren epileptischen Erregungszuständen liess sich der Isolirung ein Nutzen für die betreffenden Männer nicht absprechen." — Diejenigen epileptischen Erregungen allerdings, welche nur aus Zuständen von Verstimmung und erhöhter Reizbarkeit hervorgehen, können und sollten wohl stets im Bett gehalten werden, wie ich es schon 1897 in Heidelberg gesehen und gelernt habe; †) anders liegt die Sache bei einem Theil der ganz schweren Verwirrtheits- und Dämmerzustände und auch z. T. bei jenen Uebergangszuständen, in welchen bei wenig getrübtem Bewusstsein lebhafte Halluzinationen und darauf beruhende Beeinträchtigungsideen Hand in

*) Diese Wochenschrift, III. Jahrgang 1901, Nr. 31.

*) Ueber die Bettbehandlung der akuten Psychosen. 1900. S 16 u. 17.

**) Die Kolonisirung der Geisteskranken. 1893. S. 88.

***) Diese Wochenschrift III. Jahrgang. 1901. Nr. 10.

†) Vgl. auch Mercklin, diese Wochenschrift III. Jahrg. 1901. Nr. 25.



Hand mit der Verstimmung vorübergehend auftreten.

Hier kommt es doch vor, dass Bettbehandlung (mit und ohne Bett-Wache) sowie die Medikamente in den gewöhnlichen Maximaldosen versagen, Bäder u. dgl. nicht durchführbar sind, ja all dies den Kranken noch mehr beunruhigt; würde es da nicht eine dem Geiste der freien Behandlung hohnsprechende fanatische Prinzipienreiterei sein, wenn man solche Kranke, nur um nicht zu isoliren, mit massenhaften Narkoticis und mehreren Wärtern im Bett festhielte — ein Verfahren, das in dem besondern Falle gleichzeitiger Suicidgefahr ja berechtigt sein mag? Oder wenn man gar chloroformirte? Diesen — in Lübeck übrigens nie geübten — Eingriff halte ich bei einem benommenen Kranken mit nicht sicher leerem Magen, in Anbetracht auch der so sehr oft stark herabgesetzten Widerstandsfähigkeit des Herzens, für eine so gewagte Massregel, dass ich glauben möchte, man dürfe sie nur nach eingeholter Zustimmung der Angehörigen über den Kranken verhängen. Nur wo eine Indicatio vitatis vorläge, würde man auch ohne weiteres zum Chloroform greifen können. — Solche ganz schwere epileptische Zustände werden in Kliniken und Heilanstalten, namentlich bei oft langwierigem Aufnahmeverfahren, seltener vorkommen, als auf grossen Pflegeabtheilungen oder gar in Epileptikeranstalten, wo sich diese wohl meist nicht entlassungsfähigen Fälle häufen. Immerhin erfüllen sie auch hier doch nur ausnahmsweise die Indikation der Isolierung als des einzigen übrig bleibenden Mittels einer rationellen Therapie. Ob bei diesen und etwa auch bei einzelnen andern Zuständen (ausser den genannten namentlich noch bei Idioten) die therapeutische Isolirung anerkannt oder ob sie verworfen und damit das endgültige Verdammungsurtheil über die Zelle ausgesprochen werden soll, wird nur davon abhängen, ob und inwieweit eine **streng klinische** Untersuchung der Frage Indikationen für die Zelle begründen kann oder nicht.

Vom Standpunkte der freien Behandlung lässt sich, über die schon bisher anerkannten Contraindikationen der Zelle hinaus, nur begründen die Forderung einer vollständigen Ausschaltung jeder eigentlichen Zwangsisolirung und der Verzicht auf jede allgemeine Indikation der Zelle als Beruhigungsmittel, nicht aber die Beseitigung der nach strengen klinischen Indikationen angewandten therapeutischen Isolirung. Denn selbst wenn man zur Noth auch hier ohne Zelle durchkommen könnte, würde dies kein Grund sein, sich einer besseren, schonenderen Behandlungsmethode Schlagworten zu liebe zu berauben. Klinisch-psychologische Gesichtspunkte für die Isolirung hat schon Neisser*) aufzustellen versucht; hier klare specielle Normen zu schaffen, wäre eine wichtige Aufgabe der Psychiatrie. Die aus therapeutischen Bedürfnissen gerechtfertigte Zellenzahl würde gewiss sehr gering sein. Sie würde — bei der dann allein möglichen Vertheilung über die Abtheilungen hin — wohl die Hälfte der von Paetz**) für Alt-Scherbitz angegebenen Zellenzahl von $2^1/_2$ bis 3 % des Gesammtkrankenbestandes im Durchschnitt schwerlich überschreiten. Die Fortschritte der zellenlosen Behandlung werden von selbst zu einer genaueren Ermittlung dieser Procentzahl führen.***)

Die Verwendung dieser spärlichen Zellen im Sinne einer freien und im Princip — wenn auch nicht ausnahmslos — zellenlosen Behandlung würde vollkommen gewährleistet, wenn der Arzt ausnahmslos jede Isolirung persönlich leiten würde. Für alle irgend erheblichen Fälle ist dies ja jetzt schon Gebrauch. Der Arzt würde dabei, unter Beachtung der anerkannten Contraindikationen, dem Grundsatze folgen, dass nur solche Fälle isolirt werden, welche eine der speciellen fachwissenschaftlich anerkannten Indikationen erfüllen. Aber auch bei ihnen würde jedes ernstliche Widerstreben des Kranken eine weitere absolute Contraindikation darstellen. Denn Zwangsisolirungen müssten um jeden Preis vermieden werden. Dass dieser Forderung auch in der Ausführung jeder Isolirung genügt wird, dafür würde die Anwesenheit des Arztes schon sorgen. Uebrigens pflegen gerade die oben charakterisirten Epileptiker einer sachkundig geleiteten Isolirung keinen ernstlichen Widerstand entgegenzusetzen; ein Theil derselben fühlt sich in der Zelle sofort erleichtert. Anders ist es bei der periodischen Manie, wenn hier Neisser's Indikationsstellung allgemein anerkannt werden sollte. Hier würde wohl die Contraindikation jeder Zwangsisolirung recht oft dazu führen, dass man in sonst geeigneten Fällen vom Gebrauch der Zelle lieber absieht.

*) a. a. O.

**) a. a. O.

***) Weissenau (478 Kranke, 102 Aufnahmen) hat 1899 **gar nicht isolirt.** Die 18 Isolirräume sind in Wachsäle etc. umgebaut bis auf 6. „Dieselben dürften bei der modernen Behandlungsmethode der Kranken auch für die Zukunft ausreichend sein" (Württemb. Jahresber. für 1899).



Mittheilungen.

— **Wien.** In den letzten Tagen ist hier die Krankenhausfrage perfect geworden. Dank den entgegenkommenden Factoren Staat, Land und Stadt ist diese langjährige Frage in einer Weise geregelt worden, die nicht bloss allseitig befriedigen dürfte, sondern die zugleich die öffentliche Fürsorge für Wohlthätigkeitsanstalten in eine Höhe hebt, die lange als musterhaft wird gelten können.

Wien erhält gleichzeitig ein neues allgemeines Krankenhaus, eine neue grosse Irrenanstalt (man spricht von 2000 Betten) und eine neue Versorgungsanstalt.

Das klinische Krankenhaus kommt auf das Areal des jetzigen Versorgungshauses und der Irrenanstalt, im beiläufigen Ausmasse von 200000 qm. Versorgungshaus und Irrenanstalt werden an die Stadtperipherie verlegt und zwar die Irrenanstalt nach Ottakring und die Versorgungsanstalt nach Lainz.

Die Lage der neuen Irrenanstalt wird wohl eine der schönsten sein unter ihren grossstädtischen Schwestern. Aber auch vom hygienisch-sanitären Standpunkte muss dieselbe als äusserst glücklich bezeichnet werden.

— **Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien** am 11. und 12. Oktober d. J.

Donnerstag, den 10. Oktober, abends, Begrüssung der Theilnehmer im Riedhofe.

Freitag, den 11 Oktober, I. Sitzung, vormittags im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Der Präsident des Vereins Prof. v. Krafft-Ebing eröffnet mit einer Begrüssung der Theilnehmer die Wanderversammlung, er dankt sodann der k. k. Gesellschaft der Aerzte für die Ueberlassung ihres herrlichen Sitzungssaales und dem n.-ö. Landes-Ausschusse für die Erlaubniss zum Besuche der neuen n.-öst. Landes-irrenanstalt in Mauer-Oehling.

Krafft-Ebing gedachte dann der letzten Wanderversammlung in Prag 1895 und ihres schönen Verlaufs und erinnerte, dass nur die Ungunst der Witterung der letzten Jahre die statutarische Wiederholung unmöglich machte, obwohl schon 2 mal alles hierzu vorbereitet war.

Der Geist Billroth's, schloss der Vorsitzende seine Ansprache, habe diese Räume geschaffen und durchwehe sie, er möge auch für unsere Wanderversammlung ein gutes Vorzeichen bedeuten.

Hierauf ertheilte der Vorsitzende Hr. Prof. Pick das Wort zu seinem Vortrage: „Zur topisch-diagnostischen Bedeutung der Echolalie".

Pick bringt neue Thatsachen bei für die von ihm in früheren Arbeiten gegebene Deutung der Echolalie als einer Schwächeerscheinung, deren Sitz im l. Schläfelappen zu suchen ist. Zunächst theilt er einen Fall von Echolalie mit, der sich nach einem Schlaganfall einstellte, mehrmals sich wieder verstärkte, wenn andere als Schwächeerscheinungen zu deutende Symptome sich einstellten. Der Sitz der Laesion war in dem l. gyr. angularis und den anschliessenden Schläfelappenantheil zu verlegen.

Weiter bespricht Redner das Vorkommen der Echolalie in der acuten Verwirrtheit und den postepileptischen Zuständen und endet mit dem Hinweise, dass sich die von ihm versuchte Deutung der Erscheinung auch an den Fällen der Literatur nachweisen lässt, wofür er die Fälle Romberg's, als ersten Beschreibers der E., anführt. (Autoreferat).

In der Discussion erwähnt Sterz einen Fall seiner Beobachtung, wo eine sehr mangelhaft deutsch sprechende Slovakin (amentia) nur Echolalie zeigte, wenn sie deutsch zu sprechen versuchte, dagegen keine Spur dieses Symptoms erkennen liess, sobald sie ihre Muttersprache gebrauchte.

Starlinger-Wien: Irrenpflege und Tuberculose (erscheint ausführlich in dieser Wochenschrift).

Discussion. Prof. v. Wagner-Wien beantragt in Anbetracht der grossen Wichtigkeit der Tuberculosen-Versorgung in den Irrenanstalten, eine Resolution, in der die Bedeutung der Separation und entsprechenden Behandlung nachdrücklichst hervorgehoben sein soll.

Prof. Pick-Prag ist derselben Ansicht, nur glaubt er, dass diese Resolution nicht blos in der Sitzung zur Annahme kommt, sondern dass dieselbe auch in geeigneter Weise den interessirten Behörden zur Kenntniss gebracht werden soll.

Neisser-Leubus zweifelt, ob in der Planskizze genügend für Einzelbehandlung vorgesehen ist. Er erwähnt, erst vor Kurzem erlebt zu haben, dass rasch hintereinander 3 erregte Kranke wegen Tb. aus der allgemeinen Anstalt ausgeschieden werden mussten. Andrerseits trage er wieder aus therapeutisch-psychiatrischen Gründen Bedenken gegen die dauernde Separation.

Schlöss-Ybbs weist darauf hin, dass seine Anstalt im windigen Donauthale liegt und dass er trotz Ueberfüllung wenig Tuberculose habe. Sch. lobt den Terrazzoboden. Er hat die Fusskälte dadurch gemildert, dass er die warme Luft nahe am Fussboden hinstreichen lässt.

Sterz-Feldhof erwähnt, dass er in seiner Anstalt einen heizbaren Fussboden mit Klinkerziegeln hat herrichten lassen nach einem patentirten Verfahren, das sich bestens bewährt hat.

Schlusswort Starlinger: M. H. Ich halte im Interesse meines Vortrages eine Discussion für höchst wünschenswerth. Je mehr Erfahrungen sich dadurch sammeln, desto besser ist es für die Sache selbst.

Neisser gegenüber will ich bemerken, dass meine Planskizze nur die principiellen Forderungen wiederspiegeln soll. Im Besonderen jedoch muss sich jede Anstalt selbst nach ihren Bedürfnissen die Ubicationen d. h. Verhältniss der Krankenräume zurechtlegen. Die grosse Differenz der Tuberculose-Erkrankungen in den einzelnen Anstalten (5—45 %) schloss eine grössere Specialisirung meiner Skizze von selbst aus. Was jedoch das Bedenken der Separation vom psychiatrischen Standpunkte aus betrifft, so ist — ich konnte leider bei der Kürze der Zeit mich nicht genauer einlassen — damit keineswegs eine ununterbrochene Isolirung gedacht, sondern auch für diese



Kranken soll Freiluftbehandlung so oft und lange, wie möglich, gehandhabt werden, was naturgemäss erfordert, dass dieselben häufig auf Veranda und Garten befördert werden, wie Hausordnung und Pflegerbelehrung meiner ausführlichen Publikation darthun werden.

Schlöss kann ich nur gratuliren, dass er trotz mancher ungünstiger Factoren wenig Tuberculose hat. Ich muss aber einschalten, dass die climatologischen Verhältnisse z. B. in geschlossenen alten Anstalten von vornherein weniger wirksam sein können als in Anstalten mit Pavillonsystem und viel colonialer Beschäftigung.

Nicht beipflichten kann ich jedoch der allgemeinen Vorzüglichkeit des Terrazzobodens. Auch ich rechne ja denselben als empfehlenswerthen Fussboden für Gänge, Boden u. dgl., aber nicht für Krankenzimmer und Tagräume wegen der Fusskälte, Risse und Aussprünge, die er mit der Zeit eher oder später zeigt und was die für unsere Frage geforderte Glätte vermissen lässt.

Was die Anregung des H. Direkt. Sterz anlangt, den heizbaren Fussboden, so kann ich nur erwidern, dass auch mir derselbe stets als erstrebendes Ideal gegolten hat und noch heute gilt. In der hiesigen Wiener Anstalt wurde schon vor Jahren auf Veranlassung Dr. Böcks hin ein solcher mit Luftheizung für Terrazzoboden installirt und ich kann in gleicherweise wie Sterz denselben nur loben. Aber unsere Techniker verhielten sich zu meinem Bedauern für Warmwasser- und Dampfheizung stets ablehnend gegen die Fussbodenheizung. Das war auch die Ursache, warum ich dieselbe anzuführen unterlassen habe. Autoref.

Die von den Prof. v. Wagner u. Pick vorgeschlagene Resolution gelangte einstimmig zur Annahme und wurde die Vereins-Vorstehung mit deren Abfassung, sowie deren weiteren Vertretung betraut.

Neisser-Leubus: Zur Aetiologie der period. Psychosen. Behandelt einen Fall, der analog der Pilcz'schen Arbeit eine period. (circuläre?) Psychose nach einem Schlaganfall betrifft, wobei namentlich rasch Intelligenzabschwächung auftrat. Im Anschluss daran skizzirte V. einen Fall von period. Psychose depressiven Charakters, wo als ätiolog. Moment lediglich ein in früher Kindheit erfolgtes Kopftrauma ermittelt werden konnte. Endlich wird auf jene Fälle aufmerksam gemacht, in denen die Krankheit zeitlich im unmittelbaren Anschluss an Kopftrauma sich einstellte, (ausführliche Publication im Archiv für Psychiatrie.)

Schlöss. Ueber den Einfluss der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie.

Sch. hat an epilept. Geisteskranken seiner Anstalt verschiedene Ernährungsarten mit peinlichster Berücksichtigung aller Nebenumstände durchgeführt und ist dabei zu dem Schlusse gekommen, dass ein wesentlicher Einfluss davon nicht zu erwarten steht, namentlich nicht, insoferne demselben eine Besserungs- oder Heiltendenz zugesprochen werden könnte. Auch die Abstinenzfrage hat er in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen und kommt dabei zu demselben Resultate wie schon Bratz-Wuhlgarten, dass mässige Mengen von Alkohol (Bier) keine erkennenswerthe Vermehrung der Anfälle nach sich ziehen, ja eher eine Reduzierung derselben zur Folge haben. Redner illustrirt alle seine Ausführungen durch genaue und übersichtliche Tabellen.

Discussion:

Frankl-Hochwart wendet sich zunächst unter Hervorhebung der besonderen Wichtigkeit dieser Untersuchungen gegen die möglichen Folgen unserer bisherigen Anschauungen über den Einfluss des Alkoholgenusses auf den Epileptiker. Er hat bisher ausnahmslos den Epileptikern die Abstinenz verordnet und glaubt auch jetzt noch daran festhalten zu sollen. Vortr., meint er, hat wohl bei seinem Materiale keine besondere Schädlichkeit zu sehen vermocht, aber demgegenüber müsse er Fälle aus seiner Praxis gegenüberstellen, wo jeder Alkoholgenuss eine prompte Verschlimmerung zur Folge hatte, er müsse daher demgemäss vor einer Verallgemeinerung des Alkoholgebrauches bei Epileptikern warnen und zur strengsten Individualisirung auffordern.

v. Wagner ist derselben Ansicht. Die Irrenanstalten beherbergen wohl die schwersten Formen von Epilepsie oder besser gesagt epilept. Geistesstörung. Schon die Geistesstörung deutet auf schwere und zumeist irreparable Störungen hin, noch dazu alter oder chron. Art, dass auf diese die Alkoholwirkung keine so prompte ist, ist ihm nicht so unfasslich. Anderseits aber sieht man in der Praxis ausserhalb den Anstalten die schlechte Wirkung des Alkohols bei der Epilepsie so unverkennbar, dass er nach wie vor als schädlich ausgeschaltet werden muss.

Starlinger erinnert zum besseren Verständniss, warum Koständerung bei unserer an gemischter Kost gewohnten Bevölkerung keinen besonderen Einfluss ersehen lässt, an den Vortrag Bälz's in der Hamburger Naturforscherversammlung. B. sah, dass die vegetarischen Japaner die Fleischkost schlecht vertrugen und weniger ausdauernd wurden, während die Europäer ganz gut die vegetarische Kost vertrugen, aber bei Fleischnahrung eine grössere momentane Leistungsfähigkeit darboten.

Es scheint also, dass der Unterschied überhaupt kein so besonderer ist und nur bei ganz einseitiger Kost eine deutlichere Reaction entsteht, während der omnivore Europäer eine solche völlig vermissen lässt.

II. Sitzung im Hörsaale für experimentelle Pathologie mit Demonstrationen am Projections-Mikroskop.

Hofrath Zuckerkandl: Ueber Nebenorgane des Sympathicus.

Im Anschlusse an den Plexus aorticus des Menschen befinden sich zwei chromatofine Körper, welche von den benachbarten Lymphdrüsen durch Form, Farbe und Bau verschieden sind. Ihre Länge beträgt beim Neugeborenen durchschnittlich 12,3 rechts und 8,8 mm links. In den späteren Lebensperioden bilden sie sich zurück. Sie stellen ein den Supracenalkörpern und der Marksubstanz der Nebennieren verwandtes Gewebe vor.

Ueber die vergleichende Anatomie, sowie andere Details dieser Körper behält sich V. den ausführlichen Bericht vor.



Mit Recht war man allseits erstaunt, wie man im XX. Jahrhundert noch neue Organe im menschl. Körper entdecken konnte.

Prof. Elschrig: Die Pathogenese der Stauungspapille bei Hirntumor.

Vortragender fasst seine Schlüsse an der Hand der zahlreich vorgeführten Präparate dahin zusammen.

Die Stauungspapille bei Hirntumors ist eine Entzündung und entsteht durch das Eindringen von im aqu. cerebrospinal. enthaltenen autogenen und somatogenen, vom Tumor herstammenden Toxinen in die Sehvenen. Die Steigerung des intraoccipitalen Druckes befördert zufolge der vermehrten Zufuhr der Toxine das Auftreten der Neuritis und kann auch insoferne zum Auftreten mächtiger Schwellung an der hierzu disponirten Pupille beitragen, als dadurch der capillare und arterielle Blutdruck, wie der Druck in den Lymphgefässen gesteigert wird. Autoreferat.

Bischoff: Die patholog. Anatomie der infantilen, hereditären spastischen Spinal-Paralyse.

Unter Voransetzung der herrschenden Lehre über die spastische Paralyse (cerebrale, spinale) führte V. clinisch und anatomisch die Befunde zweier Brüder vor, welche vom 10. Lebensjahre an chronisch beginnender, beidbeinig einsetzender und allmählich aufsteigender spastischer Diplegie litten; gleichzeitig idiotisch wurden und vom 25. Jahre an leichte Bulbärsymptome zeigten. Die histologische Untersuchung ergab hauptsächlich Schwund des Pyramidenseitenstrangs bis zur Kreuzung aufsteigend, in der Medulla nur mehr angedeutet und weiter aufwärts normale Verhältnisse. Die Diagnose wurde gestützt durch die chron. Entstehung, das familiäre Auftreten, die aufsteigende Entwicklung, Art und Ausdehnung der Py-Degeneration.

Der Abend des I. Sitzungstages vereinigte die Theilnehmer der Wanderversammlung zu einem gemeinsamen Abendessen im Riedhofe, wobei es an entsprechenden Tischreden nicht fehlte: von allgemeiner Bedeutung waren die Worte v. Wagner's. Prof. Wagner wies auf den Erfolg der Wanderversammlung hin, wie er sich schon am ersten Tage darbot und gedachte der regen Thätigkeit im Vereine selbst. Beides sei ein Verdienst des Vorsitzenden Hofr. Krafft-Ebing, der durch seinen Namen nicht blos, sondern durch die verbindende Art seines Wortes den Verein wieder zu neuem Leben und nie vorhergegangener Blüthe gebracht habe.

Samstag, den 12. Oktober, III. Sitzung im Sitzungssaale der k. k. Gesellschaft der Aerzte.

Erwin Stransky demonstrirt Präparate zur Illustration der conservirenden Wirkung des Paraffinöls. Eine Reihe von Färbmitteln (Saffranin) verblassen mit Glycerin oder wässerigen Lösungen zusammengebracht. In diesen Fällen hat sich das Paraffinöl als Zerzupfungs- und Aufhellungs-Medium vorzüglich bewährt (ausführlich im Neurolog. Centralblatt).

Alexander: Zur pathologischen Anatomie der sog. rheumatischen Facialislähmung (mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten). X. starb an Carcinoma oesophagi und aquirirte einige Zeit vorher auf einer Bahnfahrt eine linksseitige Facialisparese, die unverändert usque ad finem anhielt. Die Untersuchung des l. Facialis ergab eine degenerative Entzündung des n. facialis, des gangl. geniculi, der Chorda tympani und des n. petrosus superf. major. Bacterien wurden nicht gefunden. Vortragender hält dennoch die Möglichkeit einer Infection aufrecht.

Marburg: Zur Pathologie der Spinalganglien. Ausgehend vom Entzündungs-Process der Spinalgangl. kam V. auf seine Untersuchungen zu sprechen. Auch er fand bei Zoster, Pemphigus solche als Entzündungserscheinungen anzusprechende Veränderungen mit Wucherung des Zellcapselendothels. Bei einem Falle von Pemphigus noch complicirt durch schwere cystöse Veränderungen im Ganglion. Zahlreiche experimentelle Untersuchungen erweisen den Einfluss der Spinalganglien auf die Trophik. Beim Menschen, wo man nur histologische Bilder zur Hand hat, ist primäres und secundäres nicht sicher zu trennen.

Schlöss: Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten.

Sch. erörtert den Gebrauch der Alkoholica in Irrenanstalten in zweifacher Hinsicht, insofern der Alkohol als therapeutisches Mittel und insofern er als Genussmittel gebraucht wird. In ersterer Beziehung könnte der Alkohol in Irrenanstalten nur schwer entbehrt werden. Als Genussmittel soll er nur in jenen Anstalten eliminirt werden, in welchem solche Kranke, denen der Alkoholgenuss überhaupt versagt bleiben muss, in grösserer Anzahl vertreten sind. Namentlich kommt es auf die Zahl der Alkoholiker und jener gewissen unbotmässigen, zu Gewaltthätigkeiten geneigten Degenerirten an, die gerade nicht immer Alkoholiker sind, wenn sie auch in der Regel als solche bezeichnet werden. Selbstverständlich ist dort, wo Alkoholgenuss gestattet ist, nur ein mässiger Alkoholgenuss erlaubt und auch dieser wird nur solchen Kranken zugestanden, deren geistiges und körperliches Befinden durch mässige Alkoholdosen nicht beeinträchtigt wird. (Autoreferat.)

Discussion: Prof. Pick hat den Alkohol (mit Ausnahme medicamentöser Verwendung in Collapszuständen) auf seiner Klinik seit 2 Jahren abgeschafft und der seitherige Erfolg lässt diese Maassregel als gerechtfertigt erscheinen. Die therap. Indication, wie sie Schlöss aufstellt, scheint ihm etwas zu weit geführt.

Prof. Wagner ist der Ansicht, dass der von uns in I.-A. verordnete Alkohol (in seiner I.-A. sind es lächerlich geringe Mengen) doch zum allergrössten Theile als Genussmittel und nicht als Medicament oder Nährmittel verabreicht wird.

Er halte die Frage der Abstinenz in I.-A. für eine offene, um so mehr als der Unterschied von abstinenten und nichtabstinenten I.-A. doch nur der sei, dass in den einen öffentlich und in den anderen geheim getrunken werde. Die Schäden, die er von dem in den I.-A. getrunkenen Alkohol gesehen habe, rührten übrigens nicht vom verordneten, sondern von dem von aussen eingeschmuggelten her. Ein Vorkommniss, dass bei einer I.-A., die wie die in Wien, ringsum von Schnapsläden umgeben ist, nicht ganz verhindert werden kann. Aber man muss die Frage



als eine offene betrachten und es geht nicht an, Anstaltsdirectoren, welche die Abstinenz nicht einführen, an den Pranger zu stellen, wie man das versucht hat. (Autoreferat.)

v. Krafft-Ebing: In der Beobachtungsstation des allg. Krankenhauses in Wien ist der Alkoholgenuss allmählich ganz verschwunden, höchstens dass er noch hier und da als Schlafmittel Verwendung findet. Sein Nährwerth kann nicht ernstlich in Betracht kommen. Seine Bedeutung als Arzneimittel lässt sich durch Campher und Aether ersetzen. Ihn ganz aus den I.-A., namentlich denen vom Lande mit landwirthschaftlicher Beschäftigung zu entfernen, wäre nicht am Platze. Als Most oder Bier ist er für fleissige Arbeiter wohlthätig und unschädlich. K. verweist auf das russische Nationalgetränk „Kwass", das nur höchstens 1% Alkohol enthält, sehr erfrischend und billig ist und seine Einführung auch in Oesterreich verdiente. Die Broschüre von Kobert enthält darüber alles Wissenswerthe.

Prof. Obersteiner empfiehlt ebenfalls Kwass als für den Gebrauch in I.-A. sehr geeignet und beruft sich auf eigene Erfahrung.

Schlusswort Schlöss: Alle Herren, welche sich in die Discussion meines Vortrages einliessen, werfen mir vor, dass ich den Nährwerth des Alkohols überschätze. Ich kann nur gestehen, dass ich mich nur auf die in meinem Vortrag erwähnten Autoren stütze und ich gebe ihn da zur Hebung der Ernährung.

Fröhlich stellt einen Fall von Tumor der Hypophysis ohne Akromegalie vor.

An der Hand der Symptomatologie handelte es sich um eine Neubildung in der Gegend des Chiasma mit Erkrankung der Hypophysis selbst, letzteres wegen trophischen Anomalien: adipositas eximia, Zeichen von Myxödem, Haarausfall. Andere akromegalische Symptome fehlen durchwegs. Schilddrüse ist nachweisbar.

Berger: Zur Kenntnis der Athetose. Fall von Athetose nach Hemiplegie im 3. Lebensjahre. Obduction ergab: linsengrossen Hohlraum im l. nucl. lentiformis, der bis in die cepsul. int. sich hinein erstreckte. Redner glaubt, dass Athetose von vielen Punkten der Pyramidenbahn und des Kleinhirns aus hervorgerufen werden könne. —

Die nun folgenden Vorträge zur **projectirten Reform der Irrengesetze in Oesterreich** nahmen selbstverständlich das Interesse der Versammelten in erhöhtem Masse in Anspruch, weshalb auch der Vorsitzende um Betheiligung an der Discussion speciell ersuchte. Das erhöhte Interesse war nicht blos wegen der Wichtigkeit und Acuität des in Frage stehenden Themas begreiflich, sondern auch durch die Bedeutung der Namen der Referenten begründet. Die Discussion war entsprechend lebhaft, Anstaltsärzte, Gerichtspsychiater, Sociologen, Kliniker berichteten über ihre Erfahrungen. Leider mangelt es hier an Platz, eingehender darüber zu referiren. Das officielle Protokoll in den Jahrbüchern des psych. Vereins bringt Näheres. Ausserdem werden beide Vorträge anderwärts veröffentlicht werden. Hier folgen nur die Schlussfolgerungen.

v. Wagner: Versorgung der criminellen Geisteskranken.

Der Staat soll eigene Anstalten für criminelle Geisteskranke errichten. In dieselben sollen kommen:

1. Jene Personen, welche wegen eines Verbrechens oder Vergehens in Untersuchungs- oder Anklagezustand versetzt worden sind, aber wegen Geistesstörung ausser Verfolgung gesetzt oder freigesprochen wurden.

2. Jene Personen, die in der Strafhaft geistig erkrankt sind, wenn Geistesstörung eine dauernde ist.

3. Jene geisteskranken Personen, welche in einer I.-A. eine als schweres Verbrechen gegen die Person zu qualifizirende Handlung begangen haben.

Die Unterbringung dieser 3 Kategorien in die Staatsanstalt soll eine facultative sein und muss jene Individuen treffen, die von Haus aus criminelle antisociale Neigungen haben, die sog. Verbrechernaturen, ferner jene Individuen, die besonders schwere oder scheussliche Verbrechen begangen haben.

Die Entscheidung über Unterbringung in die Staatsanstalt soll durch richterliches Urtheil erfolgen. Dasselbe soll aber nicht unwiderruflich sein, damit Fehler wieder gut gemacht werden können. Auch Entlassung soll nur durch richterliche Entscheidung stattfinden. Bei criminellen Geisteskranken, die in gewöhnliche I.-A. gebracht wurden, soll eine eventuelle Geheiltentlassung vorher dem Gerichte angezeigt werden. Das Gericht soll das Recht haben, die erfolgte Heilung in der Staatsanstalt überprüfen zu lassen. Fällt diese Ueberprüfung ungünstig aus, so soll der Kranke in der Staatsanstalt verbleiben.

Die Verpflegsgebühren für die in der Staatsanstalt untergebrachten Geisteskranken soll von den Ländern getragen werden. (Autoreferat.)

v. Krafft-Ebing: Ueber Entmündigung.

Unsere Gesetzgebung ist dringend einer Revision bedürftig. Die Vorschläge hierzu sind folgende: Jede geistige Erkrankung oder eingetretene Insufficienz eines nicht bevormundeten Individuums, auch wenn es nicht in einer Anstalt ist, ist der Personalinstanz anzuzeigen, diese hat Schutzbedürftigkeit festzustellen und eine provisorische Fürsorge zu bestellen, ohne deren Zustimmung alle Acte ungiltig sind.

Für grössere Anstalten empfiehlt sich hierzu ein eigener Justizbeamter; den verschiedenen Graden von Dispositionsfähigkeit entsprechend sollen 2 Arten organisirt werden, die Verbeistandung und die Entmündigung.

Den Antrag hierzu können Blutsverwandte, Gatte oder Staatsanwalt stellen und geschieht er aussergerichtlich mit einem Gerichtsarzt zur Klarstellung. Im Falle eines Einspruches muss das contradict. Verfahren Platz greifen und der Process in allen Instanzen möglich sein. Hier sind dann 2 Gerichtsärzte nöthig. Im schwierigen Falle kann Versetzung in eine Anstalt empfehlenswerth erscheinen.

In Praxi meint V. wird Entmündigung nur ausnahmsweise nöthig werden. Sie kann unterbleiben, wenn Heilung oder Tod zu gewärtigen ist, oder wenn Erkrankung intermittirend ist, endlich wenn Betreffender nichts besitzt, was zu schützen ist. Doch muss sie



nicht blos Vermögens-Curatel, sondern zugleich auch Persons-Curatel sein.

Die Bestellung von Beiständen oder Curatoren soll Sache des Richters sein. Juristische Personen wären vorzuziehen und zu honoriren. Es kommt bei der Verbeistandung nicht auf die Art der Psychose, sondern den Grad der Handlungsfähigkeit, Stellung, Umfang der socialen Pflichten, Art der Geschäfte etc. an, die künftige Terminologie sollte Thatsachen und Erfahrungen benutzen; „geistige Krankheit“ und „geistige Gebrechlichkeit“ wären vorzuziehen, erstere für Entmündigung, letztere für Verbeistandung.

Die öffentliche Ernennung eines Beistandes oder Curators soll unterbleiben, von der Publication ist abzustehen.

Der Entmündigte gleiche rechtlich dem Kinde unter 7 Jahren, der Verbeistandete einem Minderjährigen mit Aufschiebung der Testirfähigkeit. Eine Verehelichung ist während Verbeistandung unstatthaft.

Sonntag, den 13. Oktober. Tagesausflug nach Mauer-Oehling, der neuen n.-ö. Landes-Irrenanstalt.

Nach einer 2½ stündigen Schnellzugsfahrt in auf Veranlassung des n.-ö. Landesausschusses von der Nordbahn reservirten Wagen wurden die ca. 50 Theilnehmer in der Station Amstetten in Vertretung des Landesausschusses von Inspector Gerenyi, Director Krayatsch und Landes-Baurath Boog empfangen und in bereitstehenden Gefährten zur Anstalt geleitet.

Im Administrationsgebäude fand dann von Seiten des Herrn Inspector Gerenyi in Vertretung des ausschusses die officielle Begrüssung statt.

Die Anstalt ist noch nicht völlig fertig und soll erst im Mai n. J. zur Eröffnung gelangen. Nur die Pavillon-Typen sind bereits eingerichtet, in den übrigen Objecten fehlt noch vielfach Boden- und Wandanstrich. Vom Lazareth sind erst die Grundmauern sichtbar.

Die Anstalt ist hübsch gelegen, zum grossen Theil inmitten eines hochstämmigen Fichtenwaldes, die in leicht secessionistischem Style gehaltenen Pavillons sehen wie eine freundliche Villegiatur aus.

Die Anstalt ist elektrisch beleuchtet und hat Dampf-Luftheizung.

Inspector Gerenyi gab zugleich mit der Begrüssung einen kleinen geschichtlichen Rückblick über Werden und Entstehen der Anstalt, sowie über die Reform*) des Irrenwesens in Nieder-Oesterreich überhaupt.

Baurath Boog erläuterte hierauf an der Hand von Plänen Situation, Centralanlagen und technische Eigenheiten (insbesondere viel Betonbau).

Director Krayatsch sprach dann vom fachlich psychiatrischen Standpunkte über die Leistungsfähigkeit der neuen Anstalt, sowohl als solche, als im Rahmen des n.-ö. Landes-Irrenwesens überhaupt.

Es kann nicht Aufgabe dieser Zeilen sein, ein detaillirtes Referat zu geben über all das Sehenswerthe, das die Anstalt bietet. Es mag nur festgestellt werden, dass alle Theilnehmer im allgemeinen ihre persönliche Befriedigung wiederholt äusserten.

Vom fachlich psychiatrischen Standpunkte muss hervorgehoben werden, dass jede Abtheilung 16 Stationen für Kranke aufweist, dass somit eine reichliche Individualisirung sich durchführen lässt. Keine Station fasst mehr als 25 Kranke und in jeder Station sind wieder mehrere Wohnräume zur weiteren Vertheilung vorgesehen und alle leicht zu übersehen. Die Anstalt bietet reichlich Gelegenheit für Beschäftigungen aller Art in dem schönen Werkstättengebäude und der Colonie. Das kleine Wärterdörfchen zeugt von modernem Verständniss, das eigne Festhaus und die eigne Winterschwimmschule sorgen für gesunde Hygiene von Leib und Seele.

Mögen die kommenden Zeiten im Anstaltswesen noch manches Gute und Schöne bringen, die Mauer-Oehlinger Anstalt wird sich leicht im Laufenden erhalten können.

*) Siehe Näheres in Nr. 34, Jahrgang 1899 dieser Wochenschrift.

Referate.

— Lorenz. Dr. P. J. Möbius als Philosoph. S. D. Wiesbaden, Rauch. 1900.

Verf. bespricht an der Hand der Schriften von Möbius dessen Weltanschauung, wie jener sie hauptsächlich in „Ueber die drei Wege des Denkens“ niedergelegt hat. Um das Problem des Verhältnisses des Geistigen zum Körperlichen zu lösen, geht Möbius in eigenartiger Weise von einem Prinzip des „Wollens“ aus: Alle innere Thätigkeit des Menschen drücke ein Wollen aus; ihm ist das wollende Subjekt das denkende Subjekt; da im Menschen nichts zu finden sei als das „Wollen“ so müsse auch das Ding an sich als Wollen, als fremder Wille aufgefasst werden. Unser und fremdes Wollen seien einer Art, unterliegen den gleichen Gesetzen, die für die gesammte Wirklichkeit gelten. Der Inhalt unseres Bewusstseins ist ein Wollen. Die ganze Welt besteht aus einer Reihe übergreifender Bewusstseins- und Willenseinheiten und alle Dinge sind beseelt. Eine einheitliche Weltanschauung giebt nach M. nur der psycho-physische Parallelismus, der als universeller gedacht werden muss. Alle physischen Vorgänge sind mit gleichzeitigen psychischen verknüpft; was für uns Bewusstsein ist, ist für andere Bewegung der Materie. Körper und Geist, Leib und Seele ist eins. Nach M. ist also Psychisches und Physisches identisch. Wie aber einerseits die Bahn von da zum Panpsychismus führt, so führt dies zum Materialismus, den M. bekämpfen will. In kritischer Weise bespricht sodann L. diese philosophischen Anschauungen und sucht die einzelnen Widersprüche klarzulegen, welche der universelle Parallelismus in sich birgt. Des Näheren kann nur auf die Brochüre verwiesen werden. Es ist jedenfalls ein Verdienst, die Anschauungen eines bekannten Gelehrten gewissermaassen in nuce vorzuführen und man wird die Arbeit wie M.'s Schriften nicht ohne Interesse lesen. Kellner (Hubertusburg).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 34. 16. November. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten.

Referat, erstattet in der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien.

Von Dr. *Heinrich Schlöss.*

Die Frage, ob in Irrenanstalten den Geisteskranken alkoholhaltige Getränke gegeben werden dürfen oder sollen, ist für den Anstaltsarzt von grosser Bedeutung. Diese Frage kann nur in Verbindung mit der allgemeineren entschieden werden, ob diese Getränke bei Psychopathen den Verlauf der Psychose und die Prognose ungünstig beeinflussen oder nicht.

Die berechtigte Reaction gegen den Missbrauch des Alkohols droht zu dem gegentheiligen Extrem zu führen: Die Apostel der Abstinenz, deren Einige den Kampf gegen den Alkoholmissbrauch mit den Waffen des Fanatismus führen, finden, indem sie keinen Unterschied gestatten zwischen Gebrauch und Missbrauch, in jedem Tropfen Alkohol für den Menschen überhaupt, insbesondere aber für den Psychopathen Gift.

Der Alkohol ist heute ein weit verbreitetes Genussmittel. Vielen Menschen gilt ein mässiger Alkoholgenuss als Bedürfniss. Wo Alkohol in giftiger Menge genossen wird, muss der Arzt immer dagegen auftreten. Sollen wir aber den Alkohol auch in kleinen Quantitäten, in Form eines leichten Bieres oder einer geringen Menge eines leichten Weines allen unseren Pflegebefohlenen versagen, auch dann, wenn sie an diesen Genuss von früherher gewöhnt waren und auch dann, wenn wir überzeugt sind, dass dieser geringe Alkoholconsum dem Patienten nicht schadet?

Wir wollen zunächst den Gebrauch der Alkoholika in Irrenanstalten in zweifacher Hinsicht erörtern, insofern der Alkohol erstens als therapeutisches Mittel und insofern er zweitens als Genussmittel gebraucht wird.

Therapeutische Anwendung findet der Alkohol in der Praxis des Irrenarztes als Nährmittel, ferner als Analeptikum, als Schlafmittel und endlich als Vehikel.

Wenn wir den Alkohol als Nährmittel geben, so müssen wir mit uns über seinen Nährwerth im Klaren sein. Ist der Alkohol ein Nährmittel? Nach den Ausführungen namhafter Autoren müssen wir diese Frage bejahen.

„Dass der Alkohol", sagt Binz,*) „für den gesunden Körper entbehrlich ist, ist bekannt. Soll aber aus irgend einem Grunde das Gewebe des Organismus weniger rasch verbrennen, oder wird die Mehrzahl der gewohnten Nährmittel von den Verdauungsorganen nicht aufgenommen oder nicht umgesetzt, so erscheint der Alkohol als ausgezeichnetes respiratorisches Nährmittel. Mit Wasser verdünnt, geht er rasch

*) Binz in Eulenburg's Realencyklopädie, Band 1.



in den Kreislauf über, verbrennt in den Geweben fast vollständig zu Kohlensäure und Wasser, setzt dadurch die Spannkraft seines Moleculs in Wärme und lebendige Kraft um und erspart dem Organismus den Zerfall eines Theiles seiner vorhandenen Componenten". Wenn also der Alkohol anstatt des Körpereiweisses verbrennt, muss er im Organismus die Abnützung desselben verzögern.

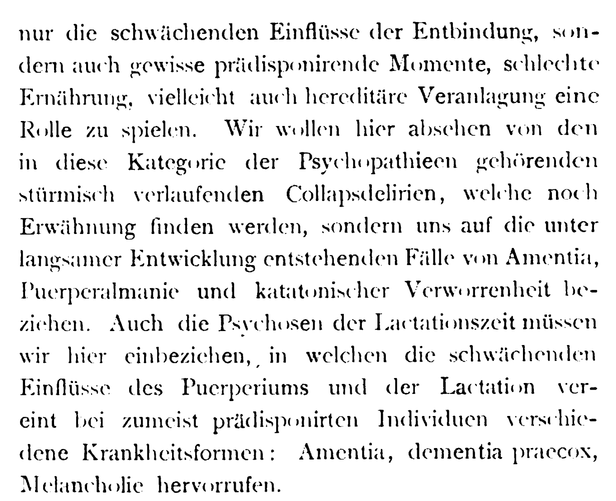
Munk und Uffelmann*) führen die Herabsetzung des Eiweiss- und Fettverbrauches bei kleinen und mittleren Gaben Alkohol darauf zurück, dass unter dessen Einfluss die stoffzerlegende Fähigkeit der Zellen beeinträchtigt wird. „Indem unter Einfluss des Alkohols der Fettverbrauch geringer wird, kann bei normaler Zufuhr der fettbildenden Stoffe (Eiweiss, Fett, Kohlehydrate) mit der Nahrung Fett zum Ansatz kommen".

Nach Versuchen, die in neuerer Zeit Neumann**) an seiner eigenen Person vorgenommen hat, ist der Alkohol, sobald sich der Körper an die Giftwirkung desselben gewöhnt hat, was in den Versuchen Neumann's vom fünften Versuchstage ab geschah, ein Eiweisssparmittel.

Auch Rosemann***) giebt nach seinen im physiologischen Institut der Universität Greifswald ausgeführten Untersuchungen die fettsparende Wirkung des Alkohols, ferner die indirecte günstige Beeinflussung der Nahrungsaufnahme durch den Alkohol durch die Wirkung desselben auf die Verdauungsorgane zu, constatirt jedoch, dass eine unzureichende Nahrung durch den Consum noch so grosser Alkoholmengen nicht ausreichend gemacht werden kann.

Der Alkohol unterstützt mithin in eminenter Weise die Ernährung, denn er spart, wenn genügend Nahrung gegeben wird, Fett und Eiweiss.

Wir werden uns demnach des Alkohols therapeutisch zunächst in allen jenen Fällen bedienen, in welchen es sich darum handelt, den mit der Entstehung einer Psychose in ätiologischem Zusammenhang stehenden ungünstigen Ernährungszustand so rasch wie möglich zu heben, also bei den Erschöpfungspsychosen. Unter diesem Ausdruck wollen wir eine Form des Wochenbettirreseins bezeichnen. Es scheinen bei derselben nicht


nur die schwächenden Einflüsse der Entbindung, sondern auch gewisse prädisponirende Momente, schlechte Ernährung, vielleicht auch hereditäre Veranlagung eine Rolle zu spielen. Wir wollen hier absehen von den in diese Kategorie der Psychopathieen gehörenden stürmisch verlaufenden Collapsdelirien, welche noch Erwähnung finden werden, sondern uns auf die unter langsamer Entwicklung entstehenden Fälle von Amentia, Puerperalmanie und katatonischer Verworrenheit beziehen. Auch die Psychosen der Lactationszeit müssen wir hier einbeziehen, in welchen die schwächenden Einflüsse des Puerperiums und der Lactation vereint bei zumeist prädisponirten Individuen verschiedene Krankheitsformen: Amentia, dementia praecox, Melancholie hervorrufen.

Wo wir durch kleine Gaben Alkohol die Ernährung zu heben trachten, werden wir Bier oder Wein geben; wo es sich um eine momentane stimulirende Wirkung handelt, ist Cognac, Rum oder Schaumwein angezeigt.

Eine solche momentane Wirkung wollen wir beim Collapsdelirium erzielen, bei welchem die Verabreichung stärkerer Alkoholica eventuell unter Zuhilfenahme des Nährschlauches indicirt ist. Ebenso werden wir dann, wenn bei stürmisch verlaufenden Erregungszuständen ein Collaps droht, einer momentanen Gefahr durch Verabreichung von Glühwein oder Schaumwein wirksam begegnen.

Als schlafmachendes Mittel findet der Alkohol in der psychiatrischen Praxis namentlich bei senilen Psychosen und bei der Melancholie Anwendung. Abends verabreichtes Bier thut oft die besten Dienste und ist dabei ein harmloses Hypnoticum, während die Anwendung schlafmachender Arzneimittel bei Greisen die grösste Vorsicht erfordert und die Beschränkung solcher Arzneimittel bei Melancholikern in Folge der meist längeren Dauer der Krankheit geboten erscheint. Der beruhigenden Wirkung des Alkohols bei hochgradiger Erregung in Fällen von acuter Verwirrtheit und bei deliriösen Aufregungszuständen soll hier gleichfalls Erwähnung geschehen.

Endlich findet der Alkohol als Vehikel in der psychiatrischen Praxis oft dort Verwendung, wo es gilt, einem widerstrebenden Kranken ein Medicament beizubringen, wobei besonders flüssige oder in Alkohol lösliche und eines auffallenden Geschmackes entbehrende Arzneimittel in Betracht kommen.

Als therapeutisches Mittel wollen wir also des Alkohols in Irrenanstalten nicht entbehren. Wie steht es aber mit der Frage, ob der Gebrauch des Alkohols — worunter wohlgemerkt nur ein m ä s s i g e r Consum

*) Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen, von Dr. J. Munk und Dr. J. Uffelmann. Wien und Leipzig, Verlag von Urban & Schwarzenberg. 1887.

**) R. v. Neumann: Die Bedeutung des Alkohols als Nahrungsmittel nach Stoffwechseluntersuchungen am Menschen, Archiv f. Hygiene, Bd. 36.

***) Rudolf Rosemann: Ueber die Bedeutung des Alkohols für die Ernährungstherapie. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1899, Nr. 19).



leichten Bieres oder Weines verstanden sein darf — als Genussmittel in Irrenanstalten gestattet sein soll?

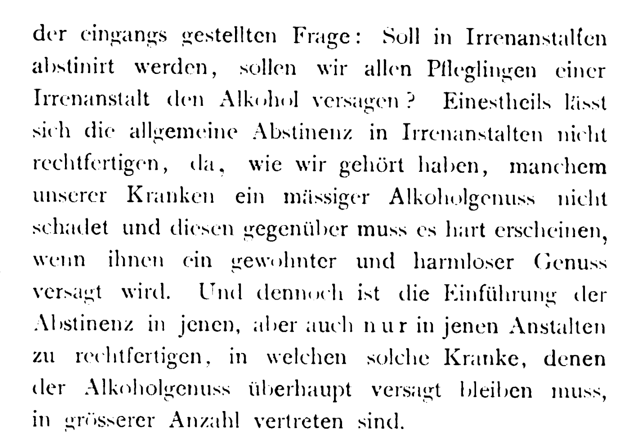
Zunächst müssen wir wohl allen jenen unserer Pfleglinge den Alkoholgenuss versagen, deren Krankheit durch Alkoholmissbrauch oder unter dessen Miteinfluss entstanden ist. Hier kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass keineswegs Alles, was in den Statistiken der Irrenanstalten dem Alkohol allein zugeschrieben wird, gerechtfertigt ist. Wie oft ist das Trinken Folge und nicht Ursache einer Psychose! Wie oft sind neben dem Alkoholmissbrauch noch andere Ursachen für eine psychische Erkrankung vorhanden, die gleichzeitig mit dem Alkohol zur Geltung kommen, so dass dieser die Entstehung der Psychose zwar mitverschuldete, keineswegs aber allein verursachte! Endlich müssen wir auf jene vielen gemeinhin als „Trinker" bezeichneten Individuen Rücksicht nehmen, die auf selbst geringe Mengen Alkohols abnorm reagiren in Folge der angeborenen oder erworbenen Invalidität ihres Gehirnes.

Bei Epileptikern habe ich einen schädlichen Einfluss mässigen Alkoholgenusses auf den Verlauf ihrer Krankheit nicht wahrnehmen können. Unsere Epileptiker zeigten, als sie täglich selbst einen Liter eines leichten Bieres consumirten, keine Zunahme der Anfälle.*)

Paralytiker hingegegen reagiren, wie ich wiederholt beobachten konnte, auf Alkohol mit grosser Empfindlichkeit. Zumal in jenen Fällen, in welchen eine Neigung zu paralytischen Anfällen vorhanden ist, ist Vorsicht geboten, da Alkoholgenuss die Auslösung der Anfälle zu begünstigen scheint. Idioten und Imbecille sind häufig intolerant gegen Alkohol. Bei Hypomanischen habe ich nach Verabreichung selbst geringer Mengen Alkohols eine Zunahme der Erregung bemerken können.

Es lässt sich übrigens allgemein nicht genau sagen, in welchen Fällen Alkohol in mässiger Menge gestattet werden kann und in welchen nicht, man muss hier individualisiren. Es ist ja bekannt, dass nach den verschiedensten acuten oder chronischen Krankheiten, nach Traumen etc. die Widerstandsfähigkeit des Körpers gegen Alkohol abnimmt, dass also auch ein geringes Quantum Alkohol einzelnen Kranken später versagt werden muss, denen es früher ohne Schaden gestattet war.

Wir kommen nun schliesslich zur Beantwortung


der eingangs gestellten Frage: Soll in Irrenanstalten abstinirt werden, sollen wir allen Pfleglingen einer Irrenanstalt den Alkohol versagen? Einestheils lässt sich die allgemeine Abstinenz in Irrenanstalten nicht rechtfertigen, da, wie wir gehört haben, manchem unserer Kranken ein mässiger Alkoholgenuss nicht schadet und diesen gegenüber muss es hart erscheinen, wenn ihnen ein gewohnter und harmloser Genuss versagt wird. Und dennoch ist die Einführung der Abstinenz in jenen, aber auch nur in jenen Anstalten zu rechtfertigen, in welchen solche Kranke, denen der Alkoholgenuss überhaupt versagt bleiben muss, in grösserer Anzahl vertreten sind.

Namentlich kommt es auf die Zahl der Alkoholiker an, und jener gewissen unbotmässigen, zu Gewaltthätigkeiten geneigten Degenerirten, die gerade nicht immer Alkoholiker sind, wenn sie auch in der Regel als solche bezeichnet werden. Diese, intolerant auch gegen eine geringe Menge Alkohols, sind die unangenehmsten Anstaltsinsassen, so lange es ihnen möglich gemacht wird, sich Alkohol zu verschaffen und diese Möglichkeit ist ihnen dort benommen, wo der Alkohol als Genussmittel überhaupt eliminirt ist. In Anstalten, in welchen die Alkoholabstinenz ein- für allemal eingeführt ist, hat der Arzt solchen Individuen gegenüber einen leichteren Stand, wenn sie Alkohol verlangen. Ein weiterer Umstand, der für die Einführung der Abstinenz in solchen Anstalten spricht, liegt in der Thatsache, dass es leicht zu Ueberschreitungen des bewilligten Alkoholquantums oder der aufgetragenen Abstinenz kommt, wenn der Alkohol von den Abtheilungen nicht überhaupt gänzlich ferne gehalten wird. Es wird von Einzelnen für Tabak, für Speisen etc. Alkohol eingetauscht, Wärter belohnen die Leistung gewisser Arbeiten seitens der Kranken mit Alkohol in Form von Bier oder Wein, und so kommt es, dass, wie gesagt, Kranke, die abstiniren sollen, doch Alkohol bekommen, andere wieder mehr erhalten, als sie bekommen sollen.

In solchen Irrenanstalten also — in Niederösterreich sind es jene Anstalten, deren Krankenmateriale sich aus der Grossstadt oder deren nächster Umgebung recrutirt — ist die Alkoholabstinenz wohl zu empfehlen. In anderen Anstalten aber wollen wir einzelnen Patienten, deren geistiges und körperliches Befinden durch mässigen Alkoholconsum nicht beeinträchtigt wird und die an diesen harmlosen Genuss von früherher gewöhnt sind, denselben nicht versagen.

Noch eine kurze Bemerkung: In Irrenanstalten, in welchen die Kranken zur Abstinenz vom Alkohol verhalten werden, soll wohl auch das Pflegepersonal

*) Selbstverständlich handelte es sich in diesen Fällen um genuine Epilepsie.



abstiniren. Die Abstinenz wird nur dann wirklich durchgeführt werden können, wenn alkoholische Getränke überhaupt nicht auf die Abtheilung kommen. Nur dann wird es den Pfleglingen unmöglich sein, sich Alkohol unerlaubter Weise zu verschaffen und dem Pflegepersonal wird es unmöglich sein, alkoholische Getränke gegen den Willen der Aerzte irgendwelchen Kranken zukommen zu lassen.

Mittheilungen.

— **VII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.**

Jena, 20. October 1901.

Anwesend waren die Herren: Arnemann-Zschadrass; Aschaffenburg-Halle; Balser-Keppelsdorf; Baumgarten-Jena; Berger-Jena; Binswanger-Jena; Böhmig-Dresden; Böttcher-Colditz; v. Buchka-Altscherbitz; Embden-Hamburg; Fiebig-Batavia; Fries-Nietleben; Ganser-Dresden; Geist-Zschadrass; Grober-Jena; Grossmann-Nietleben; Günther-Zschadrass; Güntz-Erfurt; Hilger-Magdeburg; Hitzig-Halle; Höhl-Chemnitz; Höniger-Halle; Ilberg-Sonnenstein; Kalberlah-Halle; Köster-Naumburg; Köster-Leipzig; Kothe-Friedrichroda; Lechner-Thonberg; Lommel-Jena; Lüderitz-Roda; Mainzer-Jena; Matthes-Jena; Matthes-Blankenburg a. H.; Meyer-Roda; Möbius-Leipzig; Möli-Berlin; Noll-Jena; Opitz-Chemnitz; Ranniger-Sonnenstein; Rebs-Gotha; Rehm-Blankenburg a. H.; Rohde-Giessen; Römer-Elsterburg; Saenger-Hamburg; Schaefer-Blankenhain; Schaumburg-Altscherbitz; Schwabe-Plauen; Schütze-Kösen; Siefert-Halle; Skutsch-Jena; Sommer-Jena; Stier-Jena; Stintzing-Jena; Strohmayer-Jena; Tecklenburg-Tannenfeld; Tschermak-Halle; Vogt-Göttingen; Wanke-Friedrichroda; Warda-Blankenburg i. T.; Wiesel-Ilmenau; Windscheid-Leipzig; Zenker-Altscherbitz.

I. Vormittagssitzung im Saale der Ohrenklinik früh 9 Uhr.

1. Herr Hitzig (Halle): Aufklärung einiger Streitpunkte in der Lokalisationslehre.

Vortragender demonstrirt an einer Anzahl von Projectionsbildern das Auftreten von Blutungen und Erweichungen im Innern der Hemisphäre, namentlich im Fuss des Stabkranzes, nach Operationen an der Convexität bei Hunden. Er weisst darauf hin, dass derartige Fernwirkungen solche Bedingungen in den Versuch einführen, welche mit der Funktion der oberflächlich angegriffenen Stellen nicht das mindeste zu thun zu haben brauchen. Ganz besonders giebt ein solcher Herd zu irrthümlichen Deutungen Veranlassung, wenn er im Fusse des Stabkranzes oder in der inneren Kapsel sitzt. In 24 Versuchen schloss Vortr. eine oder mehrere Windungen von ihrem Zusammenhang mit dem Marklager aus, und konnte nach Abzug der Fälle mit den oben erwähnten Blutungen und Erweichungen mit Sicherheit beweisen, dass nicht die Anschauung von Bianchi, wonach die centralen Elemente für die Innervation eines bestimmten motorischen Organs über die ganze motorische Zone zerstreut sein sollen, sondern seine eigene früher geäusserte über die Lokalisation der motorischen Sphäre zu Recht beständen.

Herr Tschermak bemerkt, dass auch für die anthropoiden Affen die Beschränkung der excitablen Zone auf die vordere Centralwindung neuerdings bewiesen sei.

2. Herr Köster (Leipzig): Ueber den Ursprung des nervus depressor.

Redner berichtet über seine in Gemeinschaft mit Dr. Tschermak an Kaninchen angestellten Untersuchungen, deren Zweck die Feststellung des Ursprunges des depressor war. Es hatte sich durch entsprechende Durchschneidungen und die sich anschliessenden Degenerationen ergeben, dass dieser Nerv aus dem Ganglion jugulare entspringt, zusammen mit dem sensiblen Antheil des Nervus vagus und des laryngeus superior; und zwar liegen die Zellen des ersteren im oberen Theil des Ganglion, die des laryngeus sup. im oberen oder unteren Pol und die des sensiblen vagus in den übrigen Theilen des Ganglion. Durch Abwärtsverfolgung des depressor gelang es weiterhin nachzuweisen, dass er in vielen feinen Aestchen in der adventitia, bez. media der Aorta endet, dass er also nicht als Reflexnerv des Herzmuskels, sondern als sensibler Nerv der Aorta zu betrachten ist.

3. Herr Vogt (Göttingen): Ueber Neurofibrillen.

Redner hat an den Nervenzellen der Retina verschiedener Säugethiere mit verschiedenen Färbemethoden festgestellt, dass die Ganglienzellen sowohl wie die Fortsätze einen deutlichen fibrillären Bau zeigen, dass die Fibrillen aus den Protoplasmafortsätzen bündelförmig in den Zellenleib ausstrahlen, den Zellenleib durchziehen und dann in neuer Combination in die benachbarten oder weiter entfernten Protoplasmafortsätze oder in den Axencylinderfortsatz eintreten. Die Fibrillen liegen in der Zelle vorwiegend peripher und lassen immer einen Hof von Protoplasma um den Zellkern herum frei. Die intracellulären Fibrillen stehen im Zusammenhang mit dem pericellulären Nervennetz, das als feiner maschenförmiger Ueberzug an den grossen Zellen der Nervenganglienschicht der Retina nachgewiesen werden konnte, über dessen genaueren Aufbau aber noch sichere Gesichtspunkte fehlen.

Vortr. kommt zu dem Schlusse, dass die anatomische Thatsache der Fibrillen und ihre Continuität ausser Frage steht. Wenn auch der Begriff des Neurons an individueller Bedeutung verliert,



und die Rolle, welche die Ganglienzelle für den Nervenprozess spielt, uns in einem gänzlich anderen Lichte erscheinen muss, so müssen doch erst weitere Untersuchungen, besonders biologischer Art, uns lehren, wie weit wir im Stande sind, den Begriff des Neurons im Sinne der Golgischen Lehre zu entbehren und die Ganglienzelle ihrer Bedeutung für das nervöse Leben zu entkleiden.

Die als Beläge für den Vortrag dienenden Präparate wurden demonstrirt.

4. Herr Ilberg (Sonnenstein): Das Centralnervensystem eines Hemicephalus.

Vortr. demonstriert mit dem Projectionsapparat eine Reihe von Präparaten, welche er aus den verschiedenen Theilen des Gehirns und Rückenmarks eines 1 1/2 tägigen Hemicephalus hergestellt hat, und erläutert die verschiedenartigen Defekte und rudimentären Anlagen des Centralnervensystems durch seinen Vortrag.

5. Weber (Göttingen): Hyaline Gefässerkrankung als Ursache multipler miliarer Hirnblutungen.

Unter der von Binswanger und Alzheimer beschriebenen klinischen Gruppe der arteriosklerotischen Demenz befinden sich nach Ansicht des Vortr. viele Fälle, bei denen multiple spontane Hirnblutungen ohne miliare Aneurysmen, lediglich durch hyaline Entartung der Hirngefässe zustande kommen können. Eine Form dieser hyalinen Entartung, die von Alzheimer als hyaline Sklerose bezeichnete, hat Redner genau untersucht. Sie entsteht durch Degeneration der vorher gewucherten Gefässwandzellen, vielleicht unter Mitwirkung der Blutsubstanzen. Die hyaline Sklerose tritt diffus an den Gefässen mittleren und kleinsten Kalibers auf und verursacht keine Vergrösserung der einzelnen Hirntheile. Ihre Färbefähigkeit wurde genauer bestimmt; sie ist, je nachdem eisenhaltige oder eisenfreie Bestandtheile des Blutes aufgenommen werden, verschieden. In der Umgebung der hyalin entartenden Gefässwände ist das Hirngewebe häufiger aufgelockert. Hyaline Entartung der Hirngefässe findet sich selten bei der progressiven Paralyse, häufiger bei chronischem Alkoholismus oder durch Potatorium complicierter seniler Demenz.

6. Herr Siefert (Halle): Ueber das Carcinom der weichen Häute des Centralnervensystems.

Vortr. hat 4 Fälle von multipler Carcinomatose des Centralnervensystems genau untersucht. Er fand in allen Fällen den Durchbruch mehr weniger zahlreicher secundärer Hirnmetastasen, Propagation des Carcinoms auf dem Wege der Meningen bezw. der pericerebralen bezw. perispinalen Räume und tertiäre Zerstörung der Peripherie der Hirnrückenmarkssubstanz durch die in den Meningen deponierten Tumorelemente. In einem Falle zeigten die Meningen bei gleichzeitigem Zurücktreten der carcinomatösen Elemente das Bild einer ziemlich schweren Entzündung (Meningitis carcinomatosa). Die geschilderten Veränderungen entzogen sich zum weitaus grössten Theil einer sicheren makroskopischen Erkenntniss. Ein Theil der Fälle von multipler Carcinomatose bietet klinisch ein ziemlich eigenartiges und der Diagnose im Leben zugängliches Bild dar.

II. Nachmittagssitzung in der psychiatr. Klinik.

7. Herr Heinrich Embden (Hamburg). — Ueber die chronische Manganvergiftung der Braunsteinmüller.

Vortr. stellt zwei Kranke vor, die er aus Hamburg zu dem Zwecke mitgebracht hatte. Er erwähnt zunächst die Beobachtungen, die Couper im Jahre 1837 über eigenthümliche Lähmungserscheinungen bei Arbeitern der Braunsteinmühlen veröffentlicht hat und citirt den Ausspruch Coupers, dass „das Mangansuperoxyd ein Gift für den Menschen sei, welches wenn es langsam dem Organismus zugeführt wird, wie Quecksilber und Blei wirkt, und die Funktionen der Nerven schwächt". Während Coupers Befund anderweitig nicht wieder bestätigt worden ist, hat Vortr. in einer Hamburger Braunsteinmühle 3 Fälle, in einer Thüringischen Mühle einen Fall von Braunsteinmüllerkrankheit gefunden, aus denen sich ergiebt, dass der chronische Manganismus dem chronischen Saturnismus, dem chronischen Merkurialismus und der chronischen Arsenvergiftung als eine zu charakteristischen nervösen Erscheinungen führende Metallvergiftung an die Seite zu setzen ist. — Unter Demonstration von zwei Kranken wird das eigenartige Krankheitsbild geschildert. Dies entwickelt sich bei den Braunsteinmüllern nach mehreren Monaten der Beschäftigung in der von feinstem Braunsteinstaub erfüllten Atmosphäre ihrer Mühlen. Nachdem eine Zeit lang Oedeme an den unteren Extremitäten beobachtet worden sind, bilden sich nervöse Störungen im Verlaufe einiger Wochen bis zur vollen Höhe aus. Zuerst tritt Schwäche im Kreuz und in den Beinen auf, bei complicirteren Bewegungen besteht Neigung zu taumeln und rückwärts zu laufen; dann werden auch die Arme mehr oder weniger schwer ergriffen, Sprach- und Sinnesstörungen machen sich geltend. — Das voll entwickelte Krankheitsbild ist wie folgt zu skizziren. Bei gutem körperlichen Allgemeinbefinden sind die Kranken zu jeder schweren Arbeit unfähig. — Es bestehen Paresen in verschiedenen Gebieten der Muskulatur, vor allem an den unteren Extremitäten, keine eigentlichen Atrophien. Keine E. A. R. Erhebliche Spannungen, die bei wiederholten activen und passiven Bewegungen gewöhnlich zunehmen. Auch in der Gesichtsmuskulatur vermehrter Tonus, maskenartiger Ausdruck. Unfähigkeit zu pfeifen. — Der Gang ist mehr oder weniger schwer gestört, unsicher, besonders bei Wendungen und bei gleichzeitigen Verrichtungen mit den Armen. Beim Treppenabwärtssteigen machen sich die von Schritt zu Schritt zunehmenden Spannungen dadurch besonders geltend, dass nach etlichen Stufen der Kranke gezwungen ist, mit gestreckten Knieen zwei oder drei Stufen auf einmal zu nehmen. Bei verwickelten Verrichtungen tritt Retropulsion ein, ebenso beim Versuch, spontan rückwärts zu gehen. Augenschluss ist ohne Einfluss, Romberg'sches Symptom besteht nicht. Die Sehnenreflexe sind lebhaft. In



einem Falle besteht Babinski's Zehenphänomen. Sonst keine Anomalien der Hautreflexe. Bei etwas gespannter körperlicher Haltung tritt ein grobschlägiger Tremor des Rumpfes, der Extremitäten, des Kopfes auf. Kein eigentlicher Intentionstremor, keine Ataxie. Dagegen tritt bei solchen Verrichtungen der oberen Extremitäten, welche gleichzeitige genaue Coordination und einen gewissen Kraftaufwand (Druck) erfordern, ein starker „Aktionstremor" sehr störend in die Erscheinung. Er ist zu beobachten beim Zündholzanstreichen, Stiefelputzen, Kämmen, Butterbrotstreichen u. s. w. Schwer gestört ist das Schreiben; dabei ebenfalls Tremor, sowie. — durch die im Laufe der Aktion zunehmende Spannung der betheiligten Muskeln bedingt, ein kontinuirliches Kleinerwerden der Buchstaben, bis nach einigen Worten oder Zeilen völlige Unmöglichkeit des Schreibens eintritt. Die Störung in der Beherrschung der Muskulatur tritt bei denjenigen Kranken, deren obere Extremitäten überhaupt schwer gestört sind, auch in der Unmöglichkeit zu Tage, einen Gegenstand im Schwunge von sich zu werfen. Die Stimme ist leise, wie schon Couper beobachtet hat, unsicher und monoton. Die Articulation ist undeutlich, „bulbär"; kein eigentliches Silbenstolpern. Dagegen ist bei einem Kranken, der früher durchaus normal gesprochen hat, neben und gleichzeitig mit den übrigen Erscheinungen sehr starkes Stottern zur Entwicklung gekommen. (Psellismus manganalis analog dem Psellismus mercurialis). Die Augenmuskeln sind intact, nur giebt der eine Kranke an, zu Beginn seiner Erkrankung Ptosis gehabt zu haben. Pupillenreactionen, Augenhintergrund und Gesichtsfeld normal. Ebenso die übrigen Sinnesfunctionen. Kein Nystagmus. Die Sensibilität ist ungestört; es bestehen, besonders zu Beginn der Erkrankung, leichte Paraesthesien und Schmerzen im Kreuz und in den Oberschenkeln. Die psychischen Functionen sind völlig intakt. Dagegen zeigen alle vier von Embden beobachteten Fälle ausgesprochen das Symptom des Zwangslachens. Dies in Verbindung mit dem starren maskenartigen Gesichtsausdruck lässt bei flüchtiger Betrachtung der Kranken fälschlich an psychische Alteration denken. — Die Sphinkteren functioniren bis auf etwas Harndrang ungestört, Potenz und Libido erhalten.

Die Abhängigkeit der geschilderten Symptome von der Mangansuperoxyd-Staubinhalation wird näher begründet; die Resorption des Braunsteins bei diesen Arbeitern konnte durch den Nachweis des Mangans im Urin erhärtet werden. — Ein besonderes Interesse bilden die Beziehungen des Krankheitsbildes beim chronischen Manganismus zu einigen Neurosen und zu Nervenkrankheiten mit theils unbekannter, theils bekannter anatomischen Grundlage, zu den übrigen Metallvergiftungen, vor allem aber zur multiplen Sklerose. Das Bild des chronischen Manganismus lässt ebenfalls multiple Veränderungen im Gehirn und Rückenmark denken, ist aber von der multiplen Sklerose wohl zu unterscheiden. Indessen sind zahlreiche Berührungspunkte vorhanden, besonders interessant im Hinblick auf Oppenheims, von anderer Seite allerdings nicht bestätigte, Beobachtung der Häufigkeit einer toxischen Vergangenheit bei Kranken mit Sklerosis multiplex. —

Die Therapie muss natürlich vor allem in der Entfernung der Kranken aus ihrer Beschäftigung mit Braunstein bestehen. Die Prognose ist nach Coupers Beobachtung einer Heilung noch nach 6 Jahren vielleicht nicht ungünstig. — Prophylaktisch ist möglichst staubfreies Arbeiten der Manganmühlen zu fordern, sowie die Entfernung jeden Arbeiters aus dem Betriebe, sobald er die leisesten Gesundheitsstörungen aufweist. Diese Forderung ist auch unter Wahrung der Rücksicht auf die Industrie practisch durchführbar, weil ein nicht geringer Theil der Menschen gegen den Braunstein auch bei jahrelanger Beschäftigung sehr tolerant zu sein scheint.

8., Herr P. J. Möbius (Leipzig): Serum-Behandlung der Basedow'schen Krankheit.

Die Basedow'sche Krankheit ist eine Vergiftung durch Stoffe, die in der Schilddrüse entstanden sind, ihre Behandlung hat deshalb darauf auszugehen, diese Stoffe auf mechanischem oder chemischem Wege unschädlich zu machen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass durch Wegschneiden eines Theils der Drüse Besserung oder Heilung erreicht werden kann. Es ergiebt sich daraus, dass es sich nicht um Fermente handelt, sondern um Stoffe, die proportionirt ihrer Menge wirken. Als chemische Mittel können entweder Stoffe von bekannter Verbindung oder die geheimnissvollen Eiweisstoffe des lebenden Körpers gewählt werden. So hat man Thymus, Ovarium und anderes bei Basedow'scher Krankheit versucht. Im Jahre 1899 verwandte Burghardt Myxödemblut und Lanz in Bern liess den Kranken die Milch von schilddrüsenlosen Ziegen trinken. Lanz nahm an, es müssten im schilddrüsenlosen Körper Stoffe entstehen, die das Basedow'sche Gift binden oder neutralisiren. Möbius veranlasste sodann Merk in Darmstadt zur Herstellung eines Antithyreoidin, des Serums von schilddrüsenlosen Hammeln. Die subcutane Injection dieses Serums bewährte sich zwar nicht, aber zu je 5 g in Wein gegeben bewirkte es Verkleinerung des Basedow-Kropfes. Der Vortragende hat bis jetzt 3 Patientinnen behandelt. Bei der ersten nahm der Halsumfang um 2,5 cm ab. Wurde die Behandlung unterbrochen, so blieb der Hals im Gleichen, wurde sie wieder aufgenommen, so schritt die Verkleinerung der Drüse fort. Aehnlich war der Erfolg bei der 2. Kranken. Auffallend war in beiden Fällen das Weichwerden der Drüse. Die 3. Kranke hatten einen alten Cystenkropf und nur nach oben von der Cyste war ein weiches Adenom entstanden. Die Besserung des Befindens, (Abnahme der Pulszahl, des Zitterns u. s. w.) war sehr deutlich. Nebenwirkungen waren nicht wahrzunehmen.

Der Vortragende glaubt, dass noch weitere Versuche nöthig seien. Vielleicht ist das Fleisch ebenso wirksam, wie das Serum; man könnte dann Fleischpulver herstellen und grössere Mengen geben. Sollte es sich zeigen, dass durch Kochen der wirksame Stoff nicht zerstört wird, so könnte man einfach die Basedow-Kranken das Fleisch schilddrüsenloser Thiere als Mahlzeit verabreichen.

Herr Saenger (Hamburg) wird auf die Anregung des Vortr. hin Serumbehandlung einleiten, da er bisher von der operativen Behandlung keinerlei Erfolg gesehen



hatte, und durch Eisentherapie und Höhenluftbehandlung auch nur geringe Besserung erzielt hatte.

9. Herr Aschaffenburg (Halle): Berufsgeheimnis (§ 300 St. G. B.) und Psychiatrie.

Aerzte, die unbefugt Privatgeheimnisse, welche ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, offenbaren, werden nach § 300 St. G. B. mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu 3 Monaten bestraft. Die Verfolgung tritt auf Antrag ein. Der Arzt thut bei den schwankenden Auffassungen der Juristen über die Begriffe „anvertrauen" und „Privatgeheimniss" gut, Alles, was er in unmittelbarem Zusammenhang mit der Ausführung seines Berufs erfährt und wahrnimmt, als anvertrautes Privatgeheimniss zu betrachten. Jede Mittheilung, auch an eine einzelne Person, gilt als „Offenbarung". „Unbefugt" ist streng genommen jede Mittheilung an andere mit Ausnahme der durch § 139 St. G. B. vorgeschriebene Anzeige in Fällen, in denen ein schweres Verbrechen verhütet werden kann. St. P. O. und C. P. O. berechtigen den Arzt und Sachverständigen zur Verweigerung des Zeugnisses über Dinge, die unter das Berufsgeheimniss fallen. Demgegenüber bilden landesgesetzliche Bestimmungen, die zur Anzeige von geschehenen Verbrechen zwingen, einen unlösbaren Widerspruch. Noch mehr widerspricht jener hohen Auffassung von dem Berufsgeheimniss das Verfahren bei der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten: alle möglichen Behörden werden von der geschehenen Aufnahme benachrichtigt. Uns könnte ja, schon zur Beseitigung des Vorurtheils gegen die Irrenanstalten diese Veröffentlichung nur erwünscht sein; sie ist auch nicht strafbar; „unbefugt", im Sinne des § 300, stellt aber die verschiedene Auffassung gegenüber dem Rechte der Zeugnissverweigerung und dem § 300 in ein sonderbares Licht. Bei Auskunftsertheilungen über Kranke ist das Verhalten des Arztes besonders schwierig. Neugier wird man abweisen müssen. Dagegen wird man z. B. bei Verhütung einer Heirath, falls die anderen Mittel, besonders die Verweisung an die Familie des Kranken, erfolglos bleiben, lieber gegen den § 300 bewusst verstossen, als das Unheil einer solchen Ehe zu geben.

Nach Ansicht von Placzek und anderen Autoren ist die Begutachtung von Verstorbenen bei sonderbaren Testamenten nicht zulässig, da der Tote uns nicht von der Verpflichtung zum Schweigen entbinden kann. Auch hier empfiehlt Autor die Begutachtung nicht abzulehnen, freilich mehr, um ein Unrecht zu verhüten, als aus rechtlichen Gründen. Gesetzlich unzulässig ist die klinische Demonstration von Kranken ohne ihre oder ihrer Angehörigen Erlaubniss, doch wird man im Allgemeinen diese Erlaubniss durch den Eintritt in die Klinik als gegeben voraussetzen dürfen; gegen den ausdrücklich ausgesprochenen Willen aber wäre die Besprechung vor den Studenten strafbar. Ebenso ist die Veröffentlichung von Krankengeschichten mit Namen oder mit den Kranken kenntlich machenden Angaben unerlaubt. Endlich äussert Vortragender noch sein Bedenken gegen die vielfach den Lehrbüchern der Psychiatrie beigegebenen Bilder, natürlich soweit nicht die Erlaubniss zur Publication gegeben worden ist.

Discussion: Herr Hitzig (Halle): wenn kein Dolus vorliegt, sondern sogar das Gegentheil von Dolus, wird der Richter nicht verurtheilen. Die Zustimmung oder Ablehnung des Geisteskranken betreffs einer Mittheilung über ihn an Andere ist nicht vollwerthig, da ja der Geisteskranke nicht dispositionsfähig ist. Durch die Ueberführung eines Geisteskranken zur Aufnahme in eine Universitätsklinik wird die stillschweigende Erlaubniss zur klinischen Vorstellung von den Angehörigen ertheilt, gestattet aber der Kliniker Unbefugten (Schauspielern und dergleichen) den Zutritt zu seiner Krankenvorstellung, so ist er verantwortlich. — Die Abbildungen in den Lehrbüchern sind meist so undeutlich, dass man die betreffenden Personen gar nicht erkennen kann, deshalb dürfte selbst hier keine Indiscretion vorliegen. —

Herr Aschaffenburg (Halle): Führt neben dem Paralytiker noch den Fall eines epileptischen Dipsomanen an, der nach abgelaufenen Anfall wegen der ewigen Rückfälle mit Suicid drohte. In dem Falle war die volle Zurechnungsfähigkeit erhalten. Die Mittheilung an die Familie — aus äusseren Gründen nicht möglich — wäre ein Verstoss gegen § 300 gewesen. Der Jurist urtheilt indess mehr nach dem Wortlaut des Gesetzes, als nach dem Sinne. Dolus im Sinne des § 300 ist nicht etwa der Absicht, den Kranken zu schädigen, gleichzusetzen, sondern bedeutet: bewusst gegen den § 300 zu verstossen. Es würde also wohl, die Strafverfolgung vorausgesetzt, doch zur Verurtheilung kommen und kommen müssen, weil ein andersartiges Urtheil vom Reichsgericht sicher aufgehoben werden würde.

10. Herr Schäfer (Blankenhain): Ueber das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit bei gewissen Geisteskrankheiten.

Vortr. hat bei verschiedenen Formen geistiger Erkrankungen Untersuchungen über den Druck, den Eiweiss- und den Stickstoffgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit angestellt, und gefunden, dass der Druck sowohl bei der Dementia paralytica, als auch bei der Dementia postapoplectica, epileptica und secundaria erhöht ist, dass aber der Eiweissgehalt nur bei der Dementia paralytica erhöht ist, ein Resultat, dass mit unsern Anschauungen über das Vorliegen entzündlicher Prozesse bei dieser Krankheit und den Mängel entzündlicher Vorgänge bei den übrigen Krankheiten sehr wohl übereinstimmt.

11. Herr Sänger (Hamburg): Ueber das intermittierende Hinken:

Vortragender theilt 3 Fälle von Claudication intermittente (Charcot) mit, bei denen durch Röntgenphotographien deutliche Kalkablagerungen in den Gefässen der unteren Extremitäten nachgewiesen werden konnten. Stellenweise war aus der ringförmigen Anordnung der verkalkten Stellen ersichtlich, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Arteriosklerose, sondern um eine richtige Arterienverkalkung handelte: Redner bespricht eingehend den bis jetzt nicht genügend beachteten Unterschied zwischen diesen beiden Erkrankungen. Bei der Arteriosklerose handelt es



sich um eine Erkrankung der Intima, bei der Arterienverkalkung um eine Erkrankung der Metia der Gefässe. Während bei letzterer die Verkalkung frühzeitig auftritt, ist bei ersterer dieselbe erst der Endausgang des arteriosklerotischen Prozesses. Das wesentlich häufigere Befallensein des männlichen Geschlechts an intermittierendem Hinken und das Lebensalter (50.—60. Jahr) sprechen dafür, dass in den meisten Fällen Arterienverkalkung vorliegt. Arteriosklerose kommt in Hamburg namentlich bei Arbeitern viel früher vor. Aetiologisch fand Vortragender in seinen Fällen das Moment der Ueberanstrengung der Beine im Beruf sehr hervortretend und spricht sich gegen die Ansicht von einem Zusammenhang des intermittierenden Hinkens mit der neuropathischen Diathese aus. Vortragender glaubt, dass der Schmerz in ähnlicher Weise zu Stande kommt, wie bei der, durch Verkalkung der Kranzarterien bedingten Angina pectoris.

Die auf Arterienverkalkung beruhende Claudicatio intermittente ist, wie Charcot schon hervorgehoben hat, nicht besserungsfähig und führt meist schliesslich zur Gangrän. Zum Schluss demonstrirt Redner seine Röntgenplatten.

12. Herr Windscheid (Leipzig): Ueber die durch Arteriosklerose bedingten Nervenkrankheiten.

Vortr. beschränkt sich wegen der Kürze der Zeit auf das klinische Bild der arteriosclerosis cerebri. Erschwert wird die Diagnose dieser Krankheit dadurch, dass die der Prüfung zugänglichen peripheren Arterien in ihrer Regidität keinen sicheren Maassstab abgeben für die Arterien des Gehirns, da beide oft im Gegensatz zu einander stehen. Ein solcher Rückschluss ist nur dann gestattet, wenn wir ausser der Sklerose der peripheren Arterien bestimmte klinische Symptome vorfinden, welche bei geistig Arbeitenden in einer Abnahme der Auffassungskraft, einer gewissen geistigen Sterilität bestehen, bei körperlich Arbeitenden und bei geistig Arbeitenden im späteren Stadium in Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnissschwäche sich äussern. Der Kopfschmerz sitzt immer auf der Stirn, wird als Druckschmerz bezeichnet, ist dauernd, tritt auf wenn die Kranken morgens aufstehen und verlässt sie nicht bevor sie abends zu Bett gehen; er wird stärker durch Lageveränderungen, besonders bei tiefer Kopflage. Der Schwindel tritt entweder spontan auf oder er findet sich bei Richtung des Blickes nach oben. Verbunden ist mit diesen Symptomen oft eine gegen frühere Zeiten contrastierende Widerstandslosigkeit gegen Alkohol.

Vortr. weist dann auf die Beziehungen hin zwischen Schädeltrauma und Arteriosklerose. Es ist eine bekannte Thatsache, dass viele junge Leute, welche schwer körperlich arbeiten, vielleicht auch durch den Einfluss von lues und Alkohol eine ausgeprägte Arteriosklerose aufweisen, ohne dass sie dadurch in ihrem Berufe gestört werden, dass also gewisse uns noch unbekannte Regulierungsvorrichtungen dies ermöglichen müssen. Diese Regulierungen versagen aber entweder durch das zunehmende Alter oder im Anschluss an ein Trauma. Die durch letzteres, wahrscheinlich in der Circulation, gesetzten Störungen summieren sich zu den vorher schon vorhandenen, aber compensierten Störungen, und führen nur zu schwerer Störung der Arbeitsfähigkeit. Es ist daher die Arteriosklerose zwar wohl nicht als Ursache, aber doch als ein wichtiges Moment für die Entstehung der Unfallsneurosen anzusehen.

Angemeldet waren auch die folgenden Vorträge: 13. Warda (Blankenburg): Ueber die sogenannten psychischen Zwangszustände. 14. Hoehl (Chemnitz): Ueber innere Degenerationszeichen. 15. Matthes (Jena): Statistisches über Syphilis und Nervenkrankheiten. 16. Binswanger (Jena): Spiritismus und Geistesstörung. 17. Strohmayer (Jena): Ueber die Bedeutung der Individualstatistik in der Erblichkeitsfrage. 18. Stier (Jena): Ueber Geisteskrankheiten und ihre Behandlung beim Militär. 19. Berger (Jena): Zur Casuistik der Hirntumoren. 20. Mainzer (Jena): Einfluss geistiger Arbeit auf den Harn-Stoffwechsel.

Als Ort der nächsten Vereinigung der mitteldeutschen Psychiater und Neurologen wurde Dresden bestimmt und als Geschäftsführer Herr Hofrath Ganser (Dresden) und Herr Sanitätsrath Pierson (Lindenhof), als Schatzmeister Herr Dr. Böhmig (Dresden) gewählt.

Stier (Jena).

No. 7 v. 5. 11. 01. Ministerialblatt f. Med.- u. medic. Unterr.-Angelegenheiten.

IX. Fürsorge für Geisteskranke.

Erlass des Ministers der Medicinal-Angelegenheiten, der Justiz und des Innern, betreffend die Aufnahme von Ausländern in öffentliche und Privatanstalten für Geisteskranke etc., vom 16. September 1901.

In Ergänzung des Erlasses vom 5. August 1881 — M. d. Inn. II 78571, M. d. g. A. M. 4062 II — und der Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März d. J. Abschnitt A I § 9 bestimmen wir zur Behebung von eingetretenen Zweifeln, dass die Anzeigen über die Aufnahme von Angehörigen anderer deutschen Bundesstaaten oder von Ausländern seitens der Privatanstalten ausser an die zuständige Ortspolizeibehörde (§ 9 der Anweisung) an den Regierungspräsidenten (in Berlin an den Polizeipräsidenten), seitens der öffentlichen Anstalten an den Herrn Oberpräsidenten, jedoch durch die Hand des Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten von Berlin) zu erstatten sind. Von dem Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten von Berlin) bezw. dem Herrn Oberpräsidenten ist demnächst an den Herrn Minister der Auswärtigen Angelegenheiten zu berichten, soweit nicht, wie in Bezug auf die Angehörigen der Vereinigten Staaten von Nordamerika, besondere Bestimmungen bestehen.

(Unterschriften.)

An die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

Abschrift zur gefälligen Kenntnissnahme und Nachachtung.

(Unterschriften.)

An die Herren Oberpräsidenten.

Abschrift theilen wir Ew. Excellenz zur gefälligen Kenntnissnahme ergebenst mit.

Berlin, den 16. September 1901.

Der Minister der Medizinal-Angelegenheiten. I. A. gez. Förster.
Der Minister der Justiz. In Vertr. gez. Küntzel.
Der Minister des Innern. Im Auftr. gez. Peters.

An den Herrn Minister der auswärtigen Angelegenheiten.

M. d. g. A. M. 7096. Justiz-M. I. 5717. M. d. I. IIa 7380.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 35. 23. November. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Chloralhydratvergiftung.

Von Dr. med. *M. Lückerath,* Assistenzarzt an der Prov.-Irren-Anstalt Galkhausen.

Die zahlreichen Schlafmittel, mit welchen uns die Industrie der letzten Jahre bedacht hat, lassen uns so oft im Stich, dass wir immer wieder zu den alt erprobten und besser bekannten zurückkehren, von deren Wirksamkeit wir uns überzeugt haben. Zu diesen Mitteln gehört unter andern auch das Chloralhydrat, das in Folge Liebreich's Empfehlung 1869 in die medic. Praxis eingeführt worden ist und ausgedehnte Anwendung gefunden hat. Es wird indes von mancher Seite unnachsichtig verurtheilt. So schreibt Lewin in seinem Buche über die Nebenwirkungen der Arzneimittel (Verlag von Hirschwald, Berlin, III. Auflage, 1899) vom Chloralhydrat: „es ist das gefährlichste aller Hypnotica und sollte nie verordnet werden, ohne alle anderen versucht zu haben". Dass es in der That kein durchaus harmloses Mittel ist, bewiesen mir vor Kurzem 2 Fälle, in denen nach geringen Dosen recht schwere Vergiftungssymptome auftraten, und die ich im Folgenden in Kürze mittheilen will.

Soweit mir zur Zeit die — vornehmlich psychiatrische — Litteratur zur Verfügung steht, finde ich Publikationen über Chloral besonders zahlreich in den 70 er und 80 er Jahren, nachdem es 1869 in die med. Praxis eingeführt war. Der erste Enthusiasmus wich bald der nüchternen Beobachtung und bei dem häufigeren Gebrauch stellten sich neben der gewünschten Wirkung oft recht unerwünschte Nebenwirkungen ein. Man gab übrigens viel höhere Gaben als jetzt, und auffälligerweise wurden sie oft vertragen; selbst enorme Dosen führten nicht zum exitus. So erwähnt z. B. Lewinstein einen Mann, der 24 g Chloral nahm, darauf zwar collabirte, aber nach einigen Tagen wieder gesund war; so erwähnt Kelp einen Fall, wo in 7 Tagen ausser Chinin und Morphium 150,0 g Chloral verabreicht wurden, ohne dass Patient zu Grunde ging etc. Ebenso auffällig aber waren nun andere Fälle, wo geringe Dosen zum Tode führten.

Solche Todesfälle nach Chloralgebrauch sahen Jolly, Pelman, Stüler etc. Dieser Gegensatz im Verhalten fiel natürlich bald auf, und so wies schon Kirn darauf hin, dass die Toleranz gegen das Chloralhydrat in den weitesten Grenzen schwankt. Und das ist grade das heimtückische an dem Mittel, dass es wirklich zu einem gefährlichen Hypnoticum macht. Der eine verträgt es, der andere collabirt gleich oder hat wenigstens unter den Nebenwirkungen zu leiden, und da man den Menschen nun im Allgemeinen ihre



Idiosynkrasieen nicht ansehen kann, so weiss man bei seiner Verordnung nicht, ob der Patient Chloral nehmen darf oder nicht. Ich habe es seit mehreren Jahren in ziemlich ausgedehntem Maasse angewandt, ohne Unannehmlichkeiten davon zu haben; nun habe ich aber doch zwei Fälle erlebt, die eine regelrechte Chloral-Vergiftung aufwiesen und die geeignet sind, zur Vorsicht in seinem Gebrauch zu mahnen.

Fall I. J. G., 23 jähriges Mädchen, erblich belastet. Vater durch Suicid geendet; eine Schwester geisteskrank. Normale Entwicklung, Menstruation in Ordnung. Mitte April 1901 psychisch erkrankt; am 1. V. hier aufgenommen. Von der Untersuchung sei nur erwähnt, dass es sich um ein grosses, kräftiges, körperlich gesundes Mädchen handelte. Die Psychose, die hier weniger interessirt, war eine acute hallucinat. Verwirrtheit. Da Patientin nun durch ihre Unruhe mehrere Tage und Nächte hindurch den ganzen Wachsaal gestört hatte, erhielt sie einige Abende Chloralhydrat und zwar jedesmal 2,0—3,0 g. Sie erhielt am 19., 21., 25., 26., 27. und 30. Mai Abends Chloral, so dass sie im Ganzen in 12 Tagen mit mehreren Pausen 13,0 g Chloral erhielt. Am 1. Juni fiel Patientin Morgens durch ihren ausserordentlich rothen Kopf auf, und im Laufe des Vormittags constatirte ich ein Exanthem von hellrother Farbe, das beide Unterarme und Unterschenkel einnahm. An den Armen, die ich zuerst sah, glich das Exanthem, das dort quaddelförmig war, ausserordentlich dem Urticaria-exanthem. An den Oberschenkeln fanden sich zahlreiche hellrothe Punkte, die auf Druck verschwanden. Am folgenden Morgen war das Exanthem, das dem scarlatinösen jetzt sehr glich, auf die Schultern ausgedehnt und breitete sich bis zum 4. VI. über den ganzen Körper aus, nur wenig normale Hautstellen zwischen sich lassend. Kein Kopfschmerz, kein Juckreiz, keine Schluckbeschwerden, Temperatur am 3. VI. 38,3 — 38,9.

4. VI. Patientin sieht congestionirt aus, schläft viel, macht recht kranken Eindruck. Puls beschleunigt, Abends über 100; im Gesicht die Gegend der Parotis beiderseits stark geschwollen, fühlt sich derb an.

5. VI. Nachts unruhig. Appetit und Verdauung ungestört. Urin von der Patientin nicht zu erhalten.

7. VI. Beginnende Abschuppung. Im Gesicht kleine Fetzen, kleienförmig; an den Füssen lösen sich schmale Lamellen von mehreren Centimeter Länge ab. Schnupfen, hustet etwas.

11. VI. Beiderseits heftige Conjunctivitis. Beide Augenlider geschwollen. Im Urin, der erst jetzt aufgefangen werden konnte, liessen sich keine reducirenden Substanzen nachweisen.

13. VI. Abschuppung am ganzen Körper, meist kleienförmig. Keinerlei Schluckbeschwerden. Ueber den Lungen bronchitische Geräusche.

20. VI. Immer noch Temperatursteigerung. Psychisch unverändert.

26. VI. Conjunctivitis wesentlich geringer.

4. VII. Schuppt immer noch am Körper; Abschuppung im Gesicht vorüber.

11. VII. Seit dem 4. Juli ohne Fieber. Wirft mässige Menge Sputum aus.

15. VII. Vorgestern Abend 2,0 Chloral. Gestern den ganzen Tag heisser gerötheter Kopf; heute Abschuppung im Gesicht. Nachts unruhig.

20. 7. Abschuppung nur noch auf die Kopfhaut beschränkt. Das Haar zum Theil ausgefallen.

1. VIII. Kein Husten, kein Auswurf mehr. Exanthem ganz geschwunden, nur auf dem Kopf noch viele Schuppen. Unter Behandlung mit Haarwasser und Haaröl schwanden in den nächsten 14 Tagen auch die Schuppen auf dem Kopfe.

Das Fieber begann am 3. VI. mit 38,3° und blieb bestehen bis zum 4. VII. Es hielt sich zwischen 38 und 39°, erhob sich nur 3 Mal über 39 bis 39,1°, 39,2 und 39,5°. Vom 4. VII. an war Patientin fieberfrei. Der Puls war beschleunigt, in der Regel um 100.

Ich verhielt mich zuerst abwartend, später richtete sich die Therapie gegen die Conjunctivitis, Bronchitis und die Seborrhoe.

Die bekannte Duplicität der Fälle brachte es mit sich, dass kurze Zeit später ein zweiter ähnlicher Fall zu meiner Beobachtung kam.

Fall II. E. M., ledig, 35 Jahre alt. Erblichkeit etc. unbekannt, ist puella publ., oft bestraft. Am 23. I. 1901 in die Anstalt Grafenberg aufgenommen; von dort am 28. VI. nach Galkhausen überführt. Leidet an Dementia paralytica, hat mehrfach paralytische Anfälle gehabt. Es handelt sich um eine mittelgrosse, mässig kräftig gebaute, leidlich genährte Person. Innere Organe ohne Besonderheiten. Pupillen ungleich, lichtstarr, linker Facialis weniger innervirt wie rechter; Zunge weicht beim Vorstrecken nach links ab, zeigt fibrilläre Zuckungen; sehr starke Sprachstörung. Beim Sprechen Zucken der Gesichtsmusculatur; Patellarreflexe gesteigert, Romberg. Sensibilität bei dem Zustand der Patientin nicht sicher zu prüfen. Psychisch hochgradige Demenz. Da die Kranke durch ihr stetes Herumwühlen im Bett und häufiges Schreien sehr lästig wurde, erhielt sie am 1. VIII. und am 3. VIII. 1901 je 2,0 g Chloral, im ganzen also innerhalb 3 Tage 4 g. Diese beiden Gaben genügten, um bei der Patientin so schwere Folgezustände her-



vorzurufen, dass sie bald darauf zu Grunde ging. Am 4. VIII. war der ganze Körper der M. mit einem blassrothen Exanthem bedeckt, das am 5. VIII. blasser wurde und abzuschuppen begann. Am 7. VIII. erhielt die Patientin wegen ihrer Unruhe 3,0 Amylenhydrat. Dieser Reiz genügte, um das Exanthem wieder neu hervortreten zu lassen. Am 8. VIII. Morgens intensiv rothes scharlachähnliches Exanthem am Körper, an Armen und Beinen zahlreiche purpurartige stecknadelkopfgrosse rothe Flecken, die über die Haut nicht erhaben waren, die auf Druck nicht verschwanden; während der ganzen Zeit und auch weiterhin bis zum Exitus bestand ein unregelmässiges Fieber, das sich am 10. und 11. VIII. und später am 24. VIII. bis auf 40,3° erhob. Am 11. VIII. sah das Exanthem an den Armen wie Urticaria aus. Der Puls war ständig beschleunigt; das Gesicht sah roth und gedunsen aus, es bestand geringe Conjunctivitis. Am 10. und 11. lag Patientin bei dem hohen Fieber so benommen da, dass der Exitus erwartet wurde. Sie erholte sich etwas; während nun eine reichliche kleienförmige Abschuppung auftrat, entstand am 19. und 20. eine icterische Verfärbung der Haut und der Schleimhäute. Der etwas angehaltene Stuhl sah weisslich aus. Die Patientin wurde elender, das Fieber stieg wie gesagt auf 40,3 und am 26. VIII. trat der Exitus ein.

Aus der Section vom 27. VIII. sei kurz folgendes hervorgehoben: Mittelgrosse Leiche, leidlich genährt. Der ganze Körper mit kleinen Schuppen bedeckt, gelblich gefärbt. Kein Decubitus. Das Gehirn wies die Veränderungen auf, wie sie gewöhnlich bei vorgeschrittener Paralyse zu Gesicht kommen: Verdickung der Häute, schmale Rinde, weite Ventrikel, granulirtes Ependym; Lungenödem, gelbliche Färbung des Herzens und der Nieren; Gallenblase leer, da ductus choledochus verlegt, Leber stark gallenhaltig. Organe sonst o. B.

Das sind die beiden Fälle, in welchen Chloralhydrat statt der gewünschten Wirkung recht unerwünschte Nebenwirkungen, in einem Falle sogar im weiteren Verlaufe den Tod brachte.

13,0 g Chloral innerhalb 12 Tagen kann nicht als hohe Dosis bezeichnet werden, zumal noch mehrere Tage das Mittel völlig ausgesetzt worden war. Von den zahlreichen Nebenwirkungen trat im I. Fall besonders in den Vordergrund die Erkrankung der Haut und der Schleimhäute. Bei dem ersten Auftreten des Exanthems konnte man lebhaft an Masern oder Scharlach denken, mit denen die Hautaffection ja oft eine solche Aehnlichkeit hat, dass schon Gellhorn erklärte, er wüsste bei einer Epidemie dies Exanthem nicht vom Scharlach zu unterscheiden. Die Aetiologie für Masern oder Scharlach fehlte in unsern Fällen nach den Erhebungen völlig, wenngleich das nicht viel sagen will; wie oft ist die Aetiologie dunkel, die betreffende Krankheit aber vorhanden? Wodurch beide Erkrankungen auszuschliessen waren, das war die Thatsache, dass die verschiedenen Exanthemformen neben einander bestanden, an einigen Tagen sogar noch ein urticariaähnlicher Ausschlag dazu kam. Grade diese Polymorphie ist ja charakteristisch für die Arzneiexantheme. Im weitern Verlaufe blieb nun Chloral als einzige Ursache der Erkrankung übrig. Den besten Beweis hierfür ergab das erneute Auftreten des Exanthems, als die Patientin noch einmal 2,0 Chloral erhielt.

Zuerst stellte sich eine starke Congestion zum Kopf, eine heftige Rötung ein, Chloral rash, wie Schüle die Erscheinung genannt hat, die von dem Exanthem sicherlich nur graduell verschieden ist. Chloral rash ist übrigens nach Chloralgebrauch nicht selten zu constatiren, wenn auch sonst keine Vergiftungssymptome auftreten. Zugleich war in unserem Falle eine beträchtliche Schwellung der beiden Parotis zu constatiren, die mehrere Tage andauerte; ich finde diese nur von Kirn erwähnt. Ziemlich regelmässig dagegen scheint sich eine Conjunctivitis einzustellen, wie eine Erkrankung der Schleimhäute überhaupt. Auch hier bestand ja noch eine lästige mehrere Wochen dauernde Bronchitis. Das Fieber hielt sich im Ganzen in mässigen Grenzen, bestand aber immerhin auch mehrere Wochen. Das Haar ist zum Theil ausgefallen. Von all diesen Erkrankungen war ja keine lebensgefährlich, aber alle waren doch recht unangenehm und in ihrer Gesammtheit stellen sie doch eine nicht unbeträchtliche Vergiftung mit Chloralhydrat dar. Psychisch blieb Patientin unverändert.

Wesentlich schwerer war die Vergiftung im II. Fall, obwohl hier in 3 Tagen nur 4,0 Chloral verabreicht wurden.

Zuerst wieder Chloral rash, dann ausgedehntes Exanthem, das in diesem Falle mehrfach aussah wie Purpura, geringe Conjunctivitis, dabei aber schwere Betheiligung des Allgemeinzustandes, hohes Fieber, mehrere Tage schwere Benommenheit, schliesslich das Auftreten von katarrh. Icterus; die Widerstandskraft des durch die Paralyse geschwächten Organismus reichte offenbar nicht mehr hin, all das zu überwinden.

Was an dem Exitus die meiste Schuld trägt, ist schwerlich zu entscheiden; die Paralyse und die Chloralgabe werden wohl zusammengewirkt haben, doch möchte ich dem Chloral die Hauptschuld geben, da

der ganze Symptomencomplex sich an seine Darreichung angeschlossen hat.

Verzichten möchte ich auch nach diesen Erfahrungen nicht auf das Chloralhydrat, dessen günstige Wirkung ich nur zu oft gesehen habe; ebenso wenig wie man auf Opium verzichten wird, weil schon nach 0,05 und weniger Todesfälle beobachtet sind. Wie es kommt, dass der eine derartige Mittel verträgt, der andere nicht, das wissen wir nicht, und wir müssen uns wieder, auch in unseren Fällen, mit dem Worte Idiosyncrasie behelfen. Aber eben darum ist das Mittel ein heimtückisches und gefährliches, und Lewin hat Recht, wenn er zu grosser Vorsicht bei seinem Gebrauche mahnt.

Herrn Director Dr. Herting spreche ich für die Ueberlassung der Fälle meinen besten Dank aus.

Literatur:

Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel, III. Aufl. 1899.
Arndt, Arch. f. Psych., Bd. 3, 1871.
Fürstner, Archiv f. Psych., Bd. 6, 1875.
Gellhorn, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 28 u. 29, 1872 u. 1873.
Kirn, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 29, 1873.
Levinstein, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 30, 1874.
Kelp, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 31, 1875, Archiv, 1869, Bd. 2.
Pelman, Irrenfreund, Nr. 2.
Schröter, Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 27, 1871.
Schüle, „ „ „ „ Bd. 28, 1872.
Stüler, „ „ „ „ Bd. 36, 1880.
Rehm, Archiv f. Psych., Bd. 17, 1886.
Schmidt's Jahrbücher, 1871, S. 81 u. 1880, S. 240.
Weitere Angaben siehe Lewin.

Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige.

Zweiter Entwurf.*)

A. Allgemeines.

1. Die Trunksucht ist eine Volkskrankheit, deren Bekämpfung wegen der durch sie bewirkten tiefgreifenden Schädigung des Volkskörpers mindestens das gleiche öffentliche Interesse zu beanspruchen hat und dabei ungleich grössere Erfolgaussichten bietet, wie die Bekämpfung der Tuberkulose.

2. Sowohl hinsichtlich der Entmündigung wegen Trunksucht, die zur Zeit fast ausschliesslich privatrechtlichen Character trägt, als auch hinsichtlich der Behandlung Trunksüchtiger, die gegenwärtig meist unterbleibt, oft in ungeeigneten Anstalten, und selten in sachgemässer Weise geschieht, sollte die Betheiligung eines sehr erheblichen öffentlichen Interesses in der Gesetzgebung anerkannt werden.

B. Entmündigung.

1. Nach § 680 Abs. 5 der Civilprozessordnung und nach § 3 des Ausführungsgesetzes zur Civilprocessordnung kann in Preussen die Entmündigung wegen Trunksucht auf Grund des § 6, Abs. 3 des B. G. auch von dem Armenverbande beantragt werden, dem die Fürsorge für den zu Entmündigenden im Falle seiner Hilfsbedürftigkeit obliegen würde.

Es ist wünschenswerth, dass die Armenverbände von dieser Befugniss ausgedehnten Gebrauch machen.

2. Die Befugniss, den Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht auf Grund des § 6, Abs. 3 des B. G. zu stellen, sollte auch übertragen werden:

a) der Staatsanwaltschaft, im Falle die trunksüchtige Person sich eines Delikts schuldig gemacht hat;

b) der Polizeibehörde, im Falle die trunksüchtige Person sich wiederholter Verfehlungen gegen die öffentliche Ruhe und Ordnung oder Bedrohung der Sicherheit anderer Personen schuldig gemacht hat;

c) den nach dem neuen preussischen Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger vom 2. Juli 1900 zur Stellung des Antrags auf Fürsorgeerziehung berechtigten Beamten, im Falle zu befürchten ist, dass die Kinder der trunksüchtigen Person über kurz oder lang der Fürsorgeerziehung benöthigen werden.

3. Der § 681 der C. P. O. ist in jedem Falle in der Art anzuwenden, dass nach Eingang des Antrags dem zu Entmündigenden eine Frist gesetzt wird, in der er seine Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder in einen satzungsmässig sich mit Trinkerheilung befassenden Abstinenzverein, (Guttempler, Blaues Kreuz) bewirken kann, und dass nach Eingang der Anzeige von der erfolgten Aufnahme in die Anstalt oder in den Verein die Beschlussfassung ausgesetzt wird.

Das Verfahren nimmt seinen Fortgang, wenn der zu Entmündigende vorzeitig gegen den Willen des Anstaltsleiters die Trinkerheilanstalt verlässt oder un-

*) Der im Septemberheft der Internat. Monatsschrift zur B. d. Tr. abgedruckte erste Entwurf, über den bisher eine Erörterung nicht stattgefunden hat, ist inzwischen von mir einer theilweisen Umarbeitung unterworfen worden, aus der die nachstehende Fassung hervorging, die der Besprechung in der Sitzung der Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte am 2. December zur Unterlage dienen soll.



geheilt aus derselben entlassen wird, oder wenn er im Laufe der ersten 12 Monate aus dem Abstinenzverein ausscheidet.

Als Trinkerheilanstalt gilt jede öffentliche oder private Anstalt, die auf dem Princip der Abstinenz gegründet, mit abstinentem Personal besetzt und ärztlich geleitet ist (siehe auch C, 2).

4. Die Zuziehung eines Arztes als Sachverständigen bei dem Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht nach § 6, Abs. 3 des B. G. ist schon deshalb nothwendig, weil auf andere Weise eine sachgemässe Trennung zwischen Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Entmündigung wegen Trunksucht im Einzelfalle nicht sichergestellt werden kann.

5. Die Zuweisung der Kosten sollte bei dem Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht in derselben Weise geschehen, wie sie für das Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit durch den § 658 der C. P. O. vorgeschrieben ist.

C. Behandlung und Pflege.

1. Die Anstaltsbehandlung und Anstaltspflege der Trunksüchtigen, und zwar der entmündigten wie der nicht entmündigten, darf nur in Anstalten stattfinden, die die unter B, 3 und C, 2 angegebenen Kriterien der Trinkerheilanstalt besitzen.

Es kommen hier im wesentlichen 2 Kategorien von Anstalten in Betracht:

a) die offenen privaten oder öffentlichen Specialheilanstalten (Trinkerheilanstalten im engeren Sinne),

b) die geschlossenen nach dem Abstinenzprincip eingerichteten Irrenanstalten. (Abstinenz-Irrenanstalten).

2. Die öffentliche Fürsorge für Trunksüchtige wird in Preussen den Provinzen (Landarmenverbänden) übertragen, mit der Verpflichtung, dass jede Provinz für je 50 heilbare Trunksüchtige eine Trinkerheilanstalt als offene, auf dem Prinzip der Abstinenz und der regelmässigen Beschäftigung gegründete, mit abstinentem Personal versehene, ärztlich geleitete Anstalt errichtet, und unter der Voraussetzung, dass die errichteten Anstalten einem Kuratorium unterstellt werden, in dem je 1—2 in der betreffenden Provinz ansässige Vertreter der 3 grossen deutschen Abstinenzgesellschaften (Guttempler, Blaues Kreuz, Verein abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes) Sitz und Stimme erhalten.

3. Anstatt die Anstalten selbst zu errichten und einem Kuratorium zu unterstellen, ist jede Provinz befugt, Errichtung, Betrieb und Verwaltung derselben, unter Vorbehalt weitgehender Kontrolle und unter Sicherstellung der oben bezeichneten Charaktere einer einzigen der genannten Abstinenzgesellschaften zu übertragen.

4. Die Aufnahme in eine offene Trinkerheilanstalt, sei es privaten oder öffentlichen Charakters, soll für den Trunksüchtigen so einfach und leicht wie möglich sein und daher grundsätzlich von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses nicht abhängig gemacht werden, wobei nicht ausgeschlossen ist, dass die einzelne Provinzialverwaltung für die von ihr errichteten Anstalten das ärztliche Aufnahmezeugniss obligatorisch macht.

5. Für die Aufbringung der Kosten des Anstaltsaufenthaltes des Trunksüchtigen sollten im allgemeinen dieselben Grundsätze massgebend sein, wie sie zur Zeit für die Aufbringung der Kosten des Irrenanstaltsaufenthalts des Geisteskranken in Geltung sind.

Zu den Anstaltskosten der heilbaren Trunksüchtigen würde die Gewährung eines staatlichen Zuschusses von etwa der Hälfte dieser Kosten zu empfehlen sein.

6. Die ersten Kurversuche sollen auch bei entmündigten Trinkern in einer offenen Specialheilanstalt angestellt werden.

Die Kurdauer beträgt in der Regel zwischen 6 und 18 Monaten.

7. Der leitende Arzt der Trinkerheilanstalt, der selbstverständlich persönlich abstinent und in der Regel in Psychiatrie und Nervenkrankheiten specialistisch vorgebildet sein muss, hat unter Anderem die Verpflichtung:

a) in der Anstalt vor den Insassen regelmässig populär-hygienische Vorträge zu halten, in denen in erster Linie die Wirkung des Alkohols auf Individuum und Volk zu behandeln ist;

b) eine sorgfältige Statistik aufzustellen, wobei nach Möglichkeit die Dauer der Heilung nach der Entlassung des Patienten zu kontrolliren ist.

Ein Patient, der noch nach Verlauf von 3 Jahren seit seiner Entlassung abstinent ist, gilt in der Statistik als geheilt.

8. Musste der Trinker wegen seines psychischen Zustandes einer Irrenanstalt übergeben werden, so soll in der Regel, sobald der Zustand des Patienten es gestattet, das gegen die Trunksucht gerichtete Heilverfahren in einer offenen Specialheilanstalt fortgesetzt werden.

Bei einer Weigerung des Kranken, sich einer weiteren Kur in einer Specialheilanstalt zu unterwerfen, wird das Heilverfahren in der (Abstinenz-)Irrenanstalt fortgeführt.

9. Sind 2 Kurversuche missglückt, so kann der Trunksüchtige nach seiner Entmündigung einer Ab-

stinenz-Irrenanstalt auf unbestimmte Zeit übergeben werden.

10. Anstatt ihre unheilbaren Trinker den Irrenanstalten zu übergeben, kann die Provinz geschlossene Trinkerpflegeanstalten errichten, die im allgemeinen wie die offenen Heilanstalten einzurichten, auch wie diese den oben erwähnten Kuratorien zu unterstellen oder einer einzelnen Abstinenzgesellschaft zu überlassen wären.

11. Die abstinente Familie kann als Faktor in der Trinkerheilung selbstständigen Werth nicht beanspruchen; sie gewinnt erst Bedeutung im Rahmen eines sich mit Trinkerheilung beschäftigenden Abstinenzvereins und dürfte in dieser Verbindung für die Nachbehandlung Trunksüchtiger grosse Vortheile bieten.

12. Der passendste officielle Ausdruck für Trinkerheilanstalt dürfte sein: Abstinenzanstalt.

Dr. Wulffert.

Mittheilungen.

— **68. ordentliche Generalversammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am Samstag, den 9. Novbr. 1901, Nachmittags 1 $^1/_2$ Uhr im Hôtel Kley.

1. Discussion über das Referat Schultze vom 15. Juli cr. und seine Resolution:

„Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz hält den Standpunkt, dass ein Geisteskranker, dessen Entmündigung abgelehnt ist, nicht gegen seinen Willen in der Anstalt zurückgehalten werden darf, principiell und practisch für höchst bedenklich".

Schultze giebt eine kurze Inhaltsangabe seines in der vorigen Sitzung gehaltenen Vortrags, der in extenso in dieser Wochenschrift, Nr. 22—24 veröffentlicht ist.

Döllner theilt mit, dass er im Zeitraume eines halben Jahres in seiner relativ kleinen Privatanstalt von 2 Fällen Kenntniss erhalten hat, in denen der Kranke wegen Ablehnung der Entmündigung entlassen werden musste.

Die Resolution wird von dem Verein angenommen. Der Zeitpunkt ihrer Mittheilung an die betheiligten drei Ministerien wird dem Vorstande überlassen. Alle weiteren einschlägigen Fälle sollen Schultze mitgetheilt werden; ebenso soll die juristische Fachpresse für die Frage interessirt werden.

2. Ennen: Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen.

E. berichtet kurz über drei hinsichtlich ihres Verlaufs eigenthümliche Fälle von periodischem oder vielmehr manisch-depressivem Irresein. Der erste Kranke erlitt in einer maniakalischen Phase eines circulären Irreseins eine Apoplexie und wurde direct im Anschluss daran dauernd wehleidig, gedrückt, hypochondrisch. Nach jedem weiteren apoplectischen Anfall war der Kranke für einige Tage leicht manisch erregt. Den Apoplexien ist aber nicht nur ein Einfluss auf den Verlauf der Psychose zuzuschreiben, sondern auch die bei dem Kranken eintretende allmähliche Abnahme der Intelligenz.

Bei den zwei andern Kranken liess sich längere Zeit hindurch ein regelmässiger täglicher Wechsel von Manie und Depression von verschiedener Intensität nachweisen. Da man in derartigen Fällen oft Arteriosclerose findet, so liegt es nahe, zur Erklärung der Anfälle vasomotorische Einflüsse heranzuziehen, mit welcher Annahme eine befriedigende Erklärung aber nicht gegeben ist. Auffallend ist die lange Dauer des täglichen Wechselns im Vergleiche zu der relativ günstigen Prognose der einzelnen Anfälle.

3. Longard: Ein Fall von Hypnose vor Gericht.

Der frühere Kaufmann M. hatte bei einem bekannten und vielaufgesuchten Magnetopathen M. in Köln, wo es mehr als 50 Magnetopathen giebt, einen mehrstündigen Unterricht genommen und sich darauf ebenfalls als Magnetopath und Naturheilkundiger niedergelassen. Die Schwester seiner Hauswirthin, ein zwar beschränktes, aber doch nicht schwachsinniges, durchaus glaubwürdiges, scheues Mädchen wurde ihm wegen eines Augenleidens zur Behandlung zugeführt. Er nahm mit ihr hypnotische Proceduren (Anstarrenlassen eines glänzenden Gegenstandes, Verbalsuggestion) vor, führte danach unter dem Vorgeben, therapeutisch eingreifen zu müssen, den Finger in ihre Geschlechtstheile und missbrauchte sie späterhin zweimal zum Beischlaf. Das Mädchen hatte nur eine dunkle Erinnerung an einzelne Begebenheiten; nachher war sie schwindelig, taumelig, klagte über Kopfschmerzen, war für längere Zeit nach Angaben ihrer Schwester wirr und vergesslich.

L. wurde als Sachverständiger vernommen und gab sein Gutachten dahin ab, dass die Maassnahmen des Angeklagten durchaus geeignet seien, eine Hypnose herbeizuführen und dass im vorliegenden Falle ein willenloser Zustand im Sinne des § 176, Z. 2. St. G. B. vorgelegen habe.

In gleichem Sinne äusserten sich zwei weitere Sachverständige, Pelman und v. Schrenk-Notzing (cf. dessen den gleichen Fall betreffende Publication im Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik. 7. Band, pg. 132).

Die Geschworenen bejahten aber nur die Frage der Beleidigung mittelst einer Thätlichkeit (§ 185 St. G. B.) für die erste Handlung, wohl ausgehend von der Annahme, die Einführung des Fingers in die Geschlechtstheile sei ohne das Einverständniss des Mädchens erfolgt, die Einführung des Gliedes aber mit Einverständniss.

3. Förster: Beitrag zur Lehre von der juvenilen Form der progressiven Paralyse.

Die Zahl der Beobachtungen über Paralyse im kindlichen Alter d. h. bei Individuen bis zu 20 Jahren



wird gerade in letzter Zeit immer grösser; nach der Dissertation von Frölich aus dem Anfang dieses Jahres welcher über 83 Fälle berichten konnte, hat Hirschl aus der Wiener Klinik noch 20 weitere Fälle publicirt.

F. spricht über 2 Fälle. Bei dem ersten weiblichen, tuberculös und nervös stark belasteten, früher nie ernstlich krank gewesenen Individuum setzte die Krankheit etwa mit dem 18. Jahre unter zunehmender Körperschwäche, Schlafsucht, unverständlicher Sprache, kindischem Benehmen ein.

Bei der Aufnahme in die Anstalt waren die Pupillen ungleich, starr; rechter Facialis paretisch; Zunge wich ab; lebhafte Reflexe; Ataxie der unteren Extremitäten; der Patient hängt stark nach links. Psychisch gleichgültig, blödes Lächeln, kennt höchstens noch den Namen. Die Körperschwäche nahm immer mehr zu, erforderte Bettruhe. Exitus im 20. Jahre in einem Anfalle.

Bei der Section fand sich hämorrhagische Parlymeningitis, Leptomeningitis, die am wenigsten ausgesprochen war am Occipitalpole des Gehirns; Hydrocephalus internus; Atrophie des Gehirns (Gehirngewicht 910 gr.); Ependym-Granulationen; keine Herderkrankungen im Gehirn. Ausserdem Enge der Aorta.

Im 2. Falle war die Diagnose weniger leicht. Vater des Kranken schwachsinnig; Schwester des Vaters blödsinnig.

Patient selbst machte verspätete Entwicklung durch, war körperlich schwächlich, indess ein guter Schüler. Mit dem 17. Jahre nahm seine Intelligenz ab, er wurde träge, von seinen Kameraden geneckt, was er sich ruhig gefallen liess; dabei Sprachstörung, Coordinationsstörung der oberen Extremitäten, (nur zum Ordnen der Maculatur verwendbar).

Im Krankenhause ungleiche, starre Pupillen; schlecht articulirte Sprache; Beben der Gesichtsmusculatur beim Sprechen; steife Körperbewegungen; lebhafte Patellarreflexe, Fussklonus; Verständniss nur für die einfachsten Fragen vorhanden; ruhig, reinlich. Er machte den Eindruck einer fortschreitenden Demenz.

Nach $^1/_2$ Jahre kam er in die Bonner Irrenanstalt. Total verblödet; sagt ausser seinem Namen nur noch einige wenige Worte, lacht viel, schreit oft laut. Die Pupillen, die oft gleich gross sind und reagiren, zeigen ein recht wechselndes Verhalten; Spasmus der Arme; lebhafte Patellarreflexe. Die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und diffuser Sclerose offen gelassen. Dann Anfall mit klonischen Zuckungen und Sensibilitätsstörungen. Zunehmende Sehschwäche, sodass Patient über Stühle fällt; ophthalmoscopisch beiderseitig atrophia nervi optici.

Tod in einem neuen Anfalle im 20. Lebensjahre.

Bei der Section wurde gefunden Atrophie, (Gehirngewicht 1020 gr.), besonders seitens des Stirnhirns; keine Herde; keine Ependym-Granulationen; kein Hydrocephalus.

Partien aus den Centralwindungen und aus dem Stirnhirn wurden, wenngleich sie in Folge der Formolhärtung nicht günstig vorbereitet waren, nach Nissl gefärbt. Dabei wurden gefunden eine acute und chronische Erkrankung der Nervenzellen, viele neue Gefässe, Blutfülle der Gehirnrinde, Wucherung der Glia, besonders in der zellenarmen Schicht, mit vielen Spinnenzellen, dann Mast- und Plasmazellen an den Gefässen. Somit musste die Diagnose auch nach dem anatomischen Befunde auf progressive Paralyse gestellt werden. Die acute Erkrankung der Ganglienzellen war wohl auf die kurz vor dem Tode aufgetretene lobuläre Pneumonie und Lungengangrän zurückzuführen.

Ernst Schultze.

— **Bericht über die 32. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe,** am 2. und 3. November 1901.

Die Versammlung wurde am 2. November Mittags $2^1/_2$ Uhr durch Vorster (Stephansfeld) eröffnet.

Zum Vorsitzenden für den ersten Tag wurde Ludwig (Heppenheim), für den 2. Tag Fürstner (Strassburg) gewählt.

Medicinalrath Dr. Haard (Emmendingen). Die neuen Aufnahme- und Ueberwachungsabtheilungen der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen.

Vortr. betont die grosse practische Bedeutung von Wachabtheilungen für die moderne Irrenpflege, eine stets actuelle Frage bei den Anstaltsneubauten, baulichen Aenderungen in älteren Anstalten und dergl. Er schildert sodann die Baugeschichte der neuen Aufnahme- und Ueberwachungsabtheilungen der Emmendinger Anstalt, deren Pläne bereits Ende 1896 ausgearbeitet wurden und geht über zur Demonstration an der Hand des allgemeinen Situationsplans der Anstalt und eines Grundrisses der neuen Abtheilungen, von denen die auf der Männerseite September 1900 und die der Frauenseite im Juli dieses Jahres in Betrieb genommen wurden. Die Abtheilungen haben sich bei sehr intensiver Anspruchnahme völlig bewährt und bis jetzt keinen Wunsch nach irgendwelchen Aenderungen ihrer Einrichtungen hervortreten lassen. Zum Schluss giebt der Vortr. dem Dank darüber Ausdruck, dass beim Bau und der Einrichtung dieser Abtheilungen lediglich der Arzt zum Wort gekommen ist, welchem der Architekt verständnissvoll folgte und dass dieses durch die Fürsorge des Grossherzogl. Badischen Ministeriums des Innern und seines Medicinalreferenten ermöglicht worden ist.

Kreuser: (Schussenried). Werth der medikamentösen Beruhigungsmittel bei Behandlung von Geisteskranken.

Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwicklungsstufen einer psychiatrischen Behandlung der psychischen Erregungszustände versucht Ref. aus einer Analogie mit den Ergebnissen des physiologischen Experiments über die Ermüdungserscheinungen Anhaltspunkte dafür abzuleiten, dass und in wie weit ein ärztliches Eingreifen bei denselben zweckmässig und nothwendig sei. Von den nun hierzu geeigneten Mitteln werden neben der Beachtung allgemeiner psychiatrischer Grundsätze als specielle Mittel in erster Linie die Bettruhe und die hydrotherapeutischen Prozeduren genannt; sodann aber ausgeführt, dass neben denselben noch andere Mittel nur erwünscht sein können und dass Medikamente unverkennbaren Nutzen bringen können, während sich deren Gefahren bei genügender Erfahrung, Vorsicht und Individualisirung vermeiden lassen. Von den in diesem Sinne



verwendbaren Medikamenten werden der Alcohol, die Brompräparate, die Opiate, Chloralhydrat, Amylenhydrat, (Dormiol), Paraldehyd, Hedonal, Sulfonal und Trional, sowie das Hyoscin (Scopolamin) einer kurzen Besprechung hinsichtlich ihrer wesentlichsten Indikationen und Contraindikationen unterzogen.

(Autoreferat).

Dr. med. *Alzheimer*: Ueber atypische Paralysen.

Nachdem uns heute unsere histologischen Kenntnisse erlauben, die paralytische Degeneration von verwandten Krankheitsbildern abzugrenzen, wird es uns möglich, verschiedene Formen als atypische Paralyse abzugrenzen. Vordem musste man noch immer den Einwand gelten lassen, ob wir es bei diesen atypischen Formen auch wirklich mit Paralysen und nicht etwa nur mit ähnlichen Krankheitsformen zu thun haben.

Lissauer hat in einer aus seinem Nachlasse von Storch herausgegebenen Arbeit eine typische und atypische Paralyse unterschieden.

Die von Lissauer als *typische Form* bezeichnete umfasst wohl 80% aller Paralysen. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch eine *langsam zunehmende eigenartige Verblödung*. Acute Schübe in Form von Anfällen und Erregungszuständen unterbrechen zuweilen den chronischen Verlauf. Der Degenerationsprocess beschränkt sich vorzugsweise auf die *vorderen Grosshirn-Hälften*.

Bei der *atypischen Paralyse Lissauers* lässt die Degeneration das Stirnhirn relativ frei und es kommt dagegen in mehr oder minder localisirten Partien der *hinteren Grosshirn-Hälften* zu einer ganz besonders weitgehenden Atrophie. Klinisch zeigt die atypische Paralyse einen *Verlauf in Schüben*. Oft mit Anschluss an *apoplectiforme Anfälle* auftretende corticale Herdsymptome treten in den Vordergrund. (Meist eine sensorisch-motorische Aphasie, aber auch Alexie, Agraphie, Hemianopsie, Rindenlähmungen). Die Demenz erreicht erst später erhebliche Grade, sie ist partieller, aus anderen Defecten zusammengesetzt, *mehr der Demenz bei Hirnherd-Erkrankungen ähnlich*.

Die histologische Untersuchung lässt keinen Zweifel, dass die Gewebsveränderung eine paralytische ist, nicht etwa eine luetische im engeren Sinne. Manchmal können dabei plötzlich wie mit einem Schlage ausgedehnte nervöse Gewebspartien ausser Function gesetzt werden und dem Untergang verfallen. In einem Falle hatte sich, ohne dass vorher Krankheitserscheinungen bemerkt worden waren, in wenigen Stunden eine sehr schwere sensorisch-motorische Aphasie entwickelt. Da der Tod schon einige Wochen später eintrat, liess sich durch die Marchimethode der Umfang der Degeneration genau feststellen. In der vorderen Hirnhälfte zeigte sich nur in einzelnen Faserbündeln des tieferen Markes eine grössere Anhäufung von Schollen, sie entsprechen wohl langen Associationsbahnen. Dagegen war das Marklager der Schläfen- und Scheidelwindung dicht mit Schollen erfüllt. Der fasciculus longitudinalis inferior z. B. hob sich scharf durch eine dichte Schollenanhäufung von der Umgebung ab.

Während bei der atypischen Paralyse fast stets beide Stirnlappen gleich erkrankt sind, ist bei der atypischen Paralyse Lissauers die hochgradige Atrophie oft auf eine Hirnhälfte beschänkt. Dadurch kommen oft sehr erhebliche Gewichtsunterschiede zwischen beiden Hemisphären zu Stande.

Bei der Dementia senilis giebt es übrigens eine der atypischen Paralyse Lissauers ganz entsprechende atypische Dementia senilis. Hierher gehören die senilen Aphasien.

Da es nicht nur eine, sondern zahlreiche atypische Formen der Paralyse giebt, würde es sich empfehlen die von Lissauer beschriebene Form nicht kurzweg als atypische Paralyse, sondern vielleicht als Lissauersche Paralyse zu bezeichnen.

Eine dritte Form ist schon früher als *foudroyante Form* bezeichnet worden. Sie ist klinisch gekennzeichnet durch einen *an das Delirium acutum erinnernden Verlauf*, also durch ausserordentliche Erregung und Unruhe bei erheblicher Benommenheit, pseudospontanen, manchmal fast choreatischen Bewegungen, histologisch durch *über das ganze Gehirn* verbreitete acute Veränderungen (acute Ganglienzellveränderungen, manchmal Schollenzerfall der Markscheiden, acute Wucherungen der Glia mit massenhaften Kernteilungsfiguren, frische Infiltration der Gefässe mit Plasmazellen).

Eine vierte Form zeichnet sich durch ein vorzugsweises Erkranken *des Kleinhirns* aus. Nach neueren Untersuchungen (Ranke) erkrankt das Kleinhirn regelmässig bei der Paralyse, oft aber nur in mässigem Grade. Bei dieser Form handelt es sich um besonders schwere Atrophien des Kleinhirns. Die ersten Symptome der Krankheit sind daher auch eine cerebellare *Ataxie* und *Drehschwindel*. In einem Falle kam der Kranke mit der Diagnose „Kleinhirntumor" in die Anstalt. Erst später traten die Symptome allgemeiner Paralyse wie bei der typischen Paralyse auf.

Es giebt aber auch seltene Fälle, bei denen offenbar *die Erkrankung der Sehhügel das primäre ist*. Die Betheiligung der Sehhügel an der paralytischen Degeneration, bedarf noch eingehenderen Studiums. Wie schon Lissauer angegeben hat, ist sie wohl in den meisten Fällen secundär. In einem Falle, bei dem während des Lebens eigenthümliche Anfälle von Choreaformen, Bewegungen bald der rechten, bald der linken Extremitäten ohne Bewusstseinsverlust aufgetreten waren und bei dem sich bei der Section nur ganz unmerkliche Atrophien der Hemisphären, bei der histologischen Untersuchung nur ganz leichte Rindenerkrankung fand, zeigte sich eine so schwere Gliawucherung in den Kernen des Thalamus, dass sie durch eine secundäre Degeneration nicht erklärt werden kann. Dabei waren die Thalamus-Veränderungen durchaus paralytischer Natur.

Als atypische Paralyse müssen weiter noch manche Formen bezeichnet werden, die sich an Tabes anschliessen. Es mag wohl sein, dass die in ihrem Verlauf manches Abweichende bietende *Tabesparalyse* auch durch eine bestimmte Localisation der paralytischen Degeneration charakterisirt sind. Bis jetzt hat sich etwas Greifbares nicht herausfinden

lassen. Dagegen fand sich bei zwei eigenartigen hallucinatorischen Verwirrtheitszuständen bei alter Tabes übereinstimmend eine Localisation des paralytischen Degenerations-Processes beschränkt auf die tiefern Rindenschichten im Gegensatz zu der typischen Paralyse, bei welcher die obersten Rindenschichten am ersten und stärksten erkranken.

Schliesslich stellen auch die senilen Paralysen (nach dem 60. Lebensjahre), die nach der histologischen Untersuchung nicht ganz so selten sind, wie man bisher meist annahm, zum grössten Theil eine atypische Form dar. Sie zeigen klinisch oft ein der Dementia senilis ähnliches Krankheitsbild, die körperlichen Begleiterscheinungen treten mehr zurück, die Gliawucherung scheint im Vergleiche zu dem weitgehenden Ausfall der nervösen Elemente manchmal sehr unerheblich.

Damit sind aber nur die häufigsten und bemerkenswerthesten atypischen Formen der Paralyse kurz scizzirt. Es lässt sich hoffen, dass wir durch Hand-in-Handgehen der klinischen Beobachtung und histologischen Untersuchung immer weitere Fortschritte machen werden, nicht nur eine Paralyse zu diagnosticiren, sondern auch angeben zu können, wo der paralytische Degenerations-Process vorzugsweise localisirt ist.

(Demonstration von Zeichnungen und Photographien.)

Diskussion zum Vortrag Alzheimer.

Kraepelin (Heidelberg) hält die Mittheilungen des Vortr. für sehr interessant und werthvoll und fragt Alzheimer, ob derselbe auch bestimmte diagnostische Unterscheidungsmerkmale zwischen der Demenz der typischen Paralyse, der Lissauer'schen Paralyse und der arteriosklerotischen Demenz angeben könne.

Alzheimer erwiedert, dass es ausserordentlich schwer sei, bestimmte Kennzeichen anzugeben, welche als durchgreifende Unterscheidungsmerkmale zwischen diesen Formen verwendet werden können. Es sei leichter die Fälle, wie die spätere Section ausweist, im Leben richtig zu diagnosticiren, als seine eigenen Gründe für die Diagnose im einzelnen Falle in Worte zu bringen. Einiges habe er ja schon angegeben. Er bemühe sich fortgesetzt durch möglichst eingehende Untersuchungen des Gedächnissinhalts, des Urtheilsvermögens und durch genaue Abgrenzung der psychischen Ausfälle zu bestimmten Kennzeichen zu kommen um an Stelle der jetzig noch vielfachen Eindrucks- oder „Gefühls-Diagnose“ wirklichere, sichere Unterscheidungsmerkmale angeben zu können. Heute sei er dazu noch nicht für alle Fälle im Stande.

Im Uebrigen möchte er noch auf andere Fälle von Paralyse ähnlicher Erkrankung aufmerksam machen, die einer eingehenden Beachtung verdienen dürfen. Es sind dies die garnicht so sehr seltenen Fälle, bei denen man mit aller Berechtigung die Diagnose auf Paralyse gestellt zu haben glaubt, die aber von einem gewissen Zeitpunkt an stehen bleiben und denen scheinbar nicht der gewöhnliche Ausgang der Paralyse beschieden ist. Er kenne solche Fälle, die seit 11 Jahren dieselben geblieben sind. Auch sie stehen im Zusammenhang mit Lues. Nichts aber spricht für luetische Herderkrankung. Ein Zusammenwerfen dieser Fälle mit der postsyphilitischen Demenz scheine ihm nicht genügend gerechtfertigt. Die Fälle kämen doch wohl auch anderwärtig vor. Es wäre sehr verdienstlich sie zu sammeln und wenn die Möglichkeit vorhanden ist, durch genauere histologische Untersuchungen festzustellen, ob wir es hier mit Paralyse zu thun haben.

Nissl erwähnt, dass nach seinen Untersuchungen die bei der sogen. Taboparalyse vorkommenden Veränderungen nicht dem entsprächen, was man bei der Tabes fände.

Kraepelin sagt, auch er kenne diese Fälle von scheinbarer Paralyse mit äusserst langsamen Verlauf, sie seien ihm inbezug auf ihre klinische Stellung und ihre Zugehörigkeit zur Paralyse noch völlig dunkel.

Sander (Frankfurt a. M.): Zur Behandlung der acuten Erregungszustände. (Erscheint unter den Orginalien dieser Wochenschrift).

Diskussion: Kraepelin erklärt sich mit den Ausführungen des Vortr. einverstanden bis auf die Anwendung des mechanischen Zwanges. Er hätte in den letzten 10 Jahren seiner Thätigkeit keine Veranlassung mehr gehabt, zu mechanischen Zwangsmitteln zu schreiten und frage den Vortr., wie oft diese Massregeln eigentlich in der Frankfurter Anstalt zur Anwendung gelange.

Sander erwidert, dass nach der Zusammenstellung des letzten Jahresberichts in den verflossenen 3 Jahren 5 mal bei Delirium acutum ähnlichen Zuständen zur Anwendung mechanischen Zwanges geschritten wurde, es handle sich hier um Fälle, die oft nach jahrelangen Zwischenräumen erst wieder einmal zur Beobachtung kämen. Selbstverständlich entschliesse man sich oft dann dazu, wenn alles andere versucht und absolute Lebensgefahr vorhanden ist.

Alzheimer. Es handelt sich bei diesen Fällen von Festlegen bei acutem Delirium in der Frankfurter Anstalt um höchst vereinzelte Fälle, nur um die allerschwersten Formen, die sich bei erheblicher Benommenheit, meist auch Fieber, durch das rücksichtsloseste Herumschlagen, und ihre ungestümen, choreaartigen Bewegungen bald überall Verletzungen zuziehen. Schliesslich sei eine grössere Anzahl solcher Kranker an Phlegmonen, zwei an Fettembolie der Lungen zu Grunde gegangen. Man musste sich sagen, dass man solche Kranke vielleicht über die schwersten Zustände hinwegbringen könne, wenn man sie vor Verletzungen schütze. Aus diesem Grunde wurde zum Festlegen gegriffen, nachdem alle andern Mittel erschöpft waren. Er sei der Ueberzeugung, dass hierdurch einigen Kranken das Leben gerettet wurde. Wenn aber auf der einen Seite das Leben eines Patienten, auf der andern die Durchbrechung eines sonst noch so bewährten Behandlungssystems des norestreint in Frage kommt, werde man wohl doch lieber das System durchbrechen. Er würde sich natürlich sehr freuen, andere Behandlungsarten kennen zu lernen, die den mechanischen Zwang in solchen extremen Fällen entbehrlich machen. Er frage Kraepelin, was er in solchen Fällen zur Anwendung bringe.



Ludwig (Heppenheim) stimmt Alzheimer bei und warnt dringend unter Anknüpfung an einen Ausspruch Gudden's aus Prinzipiengründen das Leben auch nur eines Kranken zu opfern.

Kraepelin bemerkt gegenüber Alzheimer, dass er in diesen Fällen alle 2 Stunden zu erneuernde Tag und Nacht fortgesetzte feuchte Einpackungen anwende. Er gebe zu, dass vielleicht Fälle vorkommen könnten, in denen auch er sich zur Anwendung mechanischen Zwanges genöthigt sehen würde.

(Fortsetzung folgt.)

— **Les Aliénés en liberté.** Dans les six numéros des Annales médico-psychologiques de l'année 1901, nous avons recueilli 104 cas d'aliénés en liberté, publiés dans divers journaux de Paris et de la province. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre de véritables crimes: homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies, etc.; enfin les suicides simples, ainsi que les suicides précédés d'homicides, forment la majorité.

Tentatives d'homicide, agression violente, menaces de mort	32
Suicides et tentatives de suicide	20
Excentricités et actes délictueux	18
Homicides	17
Homicides et suicides	14
Incendies	4
Total	105.

Ainsi sur 105 cas, il y a eu 31 homicides, dont 14 ont été suivis du suicide des l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, ainsi que des quatre incendies. Ce qui nous paraît plus important, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 105 aliénés en liberté. Il y a eu:

Blessés grièvement	43
Morts	29
Suicidès	23
Total	95

Ainsi notre statistique — qui ne saurait avoir la prétention d'être complète — nous donne 43 personnes qui ont été blessées grièvement par des aliénés en liberté, et un grand nombre d'entre elles ont sans doute succombé à leurs blessures; 29 ont été tuées; enfin 23 aliénés se sont tués, dont un grand nombre, après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, soit leurs enfants.

Un fait qu'il importe de signaler, c'est que plusieurs de ces aliénés ont fait de véritables hécatombes; ainsi nous comptons 6 d'entre eux qui ont chacun fait trois victimes, et un autre en a fait sept.

La plupart de ces crimes et de ces délits, ont été commis par des aliénés dont la plupart étaient malades depuis longtemps et que la prudence la plus élémentaire aurait dû faire sequestrer; beaucoup avaient déjà été traités dans les asiles ou en étaient sortis prématurément.

Pour tout esprit non prévenu, une pareille statistique porte en elle-même son enseignement; aussi n'y cajouterons-nous aucun commentair. (Extract des Annales médico-psychologiques, 11. de novembre 1901.) — A. Ritti.

— In einem Artikel der Strassburger Post vom 4. 10. 1901 „Das **Entmündigungsverfahren** wegen Geisteskrankheit und insbesondere der § 656 der Civilprocessordnung. — Theorie und Praxis" werden einzelne Eigenthümlichkeiten des Entmündigungsverfahrens bemängelt, vor allem die Fassung des § 656 C. P.-O., nach der die Anstaltsbeobachtung in dem Entmündigungsverfahren nur eine facultative ist; ja, der Verfasser, der von der Redaction ausdrücklich als Nichtjurist bezeichnet wird, worauf übrigens schon verschiedene schiefe Auffassungen der in Betracht kommenden Verhältnisse hinweisen, geht so weit, anzunehmen, der § 656 versage in fast allen Fällen. Auch diese Darlegungen vermengen, wie so oft, fast wäre man geneigt zu sagen, wie immer, die Voraussetzungen einer zu bestellenden Vormundschaft mit denen der Anstaltsunterbringung. Wenn wirklich in den Reichslanden nur das Vorliegen von Gemeingefährlichkeit eine Ueberführung von Geisteskranken auf dem Verwaltungswege ermöglicht, nun, dann sollten eben die einschlägigen Bestimmungen geändert werden; einer Entmündigung sollte es aber zur Anstaltsunterbringung nicht bedürfen, noch viel weniger dürfte der § 656 C. P. O. dazu eine Handhabe bieten, die zudem nur für 6 Wochen ausreichen würde. Eine andere Frage ist die, wer gegebenenfalls den zu Entmündigenden gegen seinen Willen in die Anstalt bringen soll auf Grund des § 656, eine Frage, die auch in verschiednen Kommentaren bereits angeschnitten ist.

Zutreffend wird in der von einem Juristen verfassten Nachschrift hervorgehoben, dass die Novelle zur C. P. O. das Entmündigungsverfahren nicht erleichtern, sondern vielmehr nur Garantien gegen ungerechtfertigte Entmündigungen schaffen soll. Eines Hinweises auf die Göttinger Leitsätze habe es hierbei kaum bedurft, da diese einer ernsthaften Kritik, besonders von psychiatrischer Seite, kaum Stand halten werden.

Um auf die Einwendungen des ersteren Verf. zurückzukommen, so mag darauf hingewiesen werden, dass practische Aerzte wohl nur recht selten als Sachverständige geladen werden; daher wird es schon zu den vom Verf. befürchteten Missständen kaum oft kommen. Weitere Punkte, die der Einsender berührt hat, können hier nicht erörtert werden; das würde zu weit führen. Aber das darf doch nicht verschwiegen werden, dass es unter den zu Entmündigenden auch an solchen nicht fehlen wird, denen die gesetzlich vorgesehene und gestattete Anstaltsbeobachtung ein willkommenes Mittel sein wird, zu versuchen, nach einer eingehenden fachmännischen Untersuchung der drohenden Entmündigung zu entgehen.

Der § 81 St. P. O. ordnet auch nur eine facultative, keine obligatorische Anstaltsbeobachtung an. Unseres Wissens hat der § 81 nach der Richtung hin nicht zu berechtigten Ausstellungen Anlass gegeben. Wenn sich also § 81 St.-P. O. bewährt hat, warum soll denn § 656 C. P. O. so unbrauchbar sein? Es lässt sich doch erwarten, dass das Gericht in allen den Fällen eine Anstaltsbeobachtung verlangen

wird, in denen der Geisteszustand der zu Entmündigenden fraglich ist und andrerseits die relative Ablehnung der Entmündigung nach den bisherigen Vorkommnissen nicht nur für den zu Entmündigenden und seine Familie, sondern unter Umständen auch für den Richter bedenklich sein würde. —

Die Zeit seit dem Bestehen der Novelle zur C. P. O. ist noch zu kurz, die Zahl der Fälle, in denen der § 656 zur Anwendung gekommen ist oder vielmehr kommen konnte, war zu gering, um ein endgültiges Urtheil über dessen practische Brauchbarkeit zu fällen. Jedenfalls stellt die Einführung des § 656 einen Fortschritt dar, dessen wir uns vorläufig in aller Interesse freuen sollten, wenn wir auch nicht verschweigen wollen, dass er nach einer anderen Richtung hin reformbedürftig ist.

— **Stephansfeld-Hördt.** Nach dem vom Director und Chefarzt Dr. Vorster erstatteten Jahresbericht (1. April 1900 bis 31. März 1901) begann das Verwaltungsjahr mit einem Bestande von 1365 Kranken, 695 M. und 670 Fr. Die Summe der neu aufgenommenen Kranken betrug 317, 156 M. und 161 Fr. Die Zahl der aufgenommenen Paralytiker war eine verhältnissmässig hohe, bei den Männern 25 Procent, bei den Frauen 6,2 Procent der Aufnahmen. (In den letzten 28 Jahren betrug die durchschnittliche Aufnahmezahl der Paralytiker bei den Männern 16,8, bei den Frauen 4,5 Procent. In einer statistischen Zusammenstellung von Dr. Bär war berechnet, dass die Totalsumme der Paralytikeraufnahmen und speciell der Procentsatz der an Paralyse erkrankten Männer in Stephansfeld allmählich abgenommen hat, indem 1872—1880/81 die Zahl der Paralytikeraufnahmen 20,7, 1880/81—1888/89 18,4, 1888/89—1899/1900 14,8 Procent betrug. Dem gegenüber erscheint die plötzliche Steigerung um so bemerkenswerther.) Von anderen Anstalten wurden 61 Kranke zugeführt, also 10,2 Procent der Aufnahmen; darunter 41 aus der Strassburger Irrenklinik. Aus den Strafanstalten kamen 26 Kranke (25 M., 1 Fr.) zur Aufnahme. Pensionäre wurden 121 aufgenommen. Mehrfach konnten Pensionäre, die ein eigenes Zimmer beanspruchten, wegen Platzmangels nicht aufgenommen werden. Der tägliche Durchschnittsbestand, nach der Summe der Verpflegungstage berechnet, betrug 1369 gegenüber 1363 im Vorjahre. Zur Begutachtung bezüglich Zurechnungsfähigkeit wurden der Anstalt 6 Personen überwiesen und davon 5 für unzurechnungsfähig erklärt. Bei 4 Kranken (2 M. u. 2 Fr.) wurden Gutachten in Ehescheidungsangelegenheiten erstattet. Bei 3 wurden die Bedingungen des § 1569 B. G.-B. als gegeben erachtet, jedoch nicht in dem 4. Falle, einem an periodischer Seelenstörung leidenden Patienten. In Abgang kamen 296 Kranke (150 M., 146 Fr.). Davon wurden entlassen 56 (22 M., 34 Fr.) als genesen, 62 (34 M., 28 Fr.) als gebessert, 51 (32 M., 19 Fr.) als ungeheilt; von den letzteren wurden 41 in andere Anstalten versetzt, 10 kehrten zur Familie zurück. Die Zahl der als genesen und gebessert Entlassenen beträgt 37,4 Procent der Aufgenommenen, der Procentsatz der Genesenen allein beträgt 17,7 Procent. Es starben 125 Kranke (61 M., 64 Fr.), das macht eine Mortalität von 7,4 Procent für die Gesammtsumme der Verpflegten. Die Zahl der an Lungen- und Darmtuberkulose Gestorbenen beträgt 24 Procent der Todesfälle.

Das folgende ungewöhnliche Ereigniss sei ausführlich mitgetheilt:

„Dem in angesehener Lebensstellung befindlichen Vater eines Kranken wurde auf seinen Wunsch sein kranker Sohn zu einem Spaziergang ausserhalb der Anstalt mitgegeben mit der Bestimmung, ihn des Abends zur rechten Zeit wieder in die Anstalt zurückzubringen. Es wurde Abend, und der Kranke war noch nicht zurückgekehrt. Da in der Nacht wurden wir durch lauten Lärm gestört, und als wir nachsahen, fanden wir Vater und Sohn in völlig betrunkenem Zustand sich vor der Anstalt herumtreiben. Die energische Hilfe des Personals war erforderlich, um den Kranken in die Anstalt und den Vater zur Eisenbahn zu bringen. Am folgenden Morgen kam der Vater in höchst verwahrlostem Zustande zur Anstalt und bat uns, wir möchten ihn verbinden. Mit einem Revolver hatte er sich in der Herzgegend zwei Schüsse beigebracht, die schwerere Erscheinungen jedoch nicht zur Folge gehabt hatten. Von dem inzwischen nüchtern gewordenen Kranken wurde uns nun mitgetheilt, dass sein Vater ihn am Tage vorher und auch früher schon gelegentlich aufgefordert hatte, er, der Sohn, solle ihn, den Vater, erschiessen. Diesem Ansinnen nachzukommen hatte sich der Kranke entschieden geweigert und versucht, seinen Vater von seinem Vorhaben abzubringen. Da der Vater immer weiter in ihn drang, so wusste sich der Kranke nicht anders zu helfen, als dass er, da sie einmal beim Trinken waren, seinen Vater dazu veranlasste, immer mehr zu trinken. Der Erfolg war ausser der Trunkenheit beider der, dass der Vater nicht an demselben Abend, sondern am andern Morgen sich zu erschiessen versuchte. Die Thatsache, dass der Vater seinen eigenen geisteskranken Sohn zum Vatermord zu veranlassen sucht, dürfte einzig dastehen. Psychologisch erklärlich erscheint sie dadurch, dass der Vater ein Alkoholiker war, der sich selbst nicht genügend Muth und Willenskraft mehr zutraute, um selbst das Geschoss auf sich zu richten, der sich andrerseits seinem geisteskranken Sohn gegenüber noch in der traurigen Rolle eines Helden zu gefallen suchte, der freiwillig aus diesem Dasein zu scheiden stolz entschlossen war." —

An Aerzten und Beamten hat die Anstalt: 1 Director und Chefarzt, 2 Oberärzte, 5 Assistenzärzte (der Wechsel dieser ist ein sehr häufiger; um ihm vorzubeugen, werden Gehaltsaufbesserungen als dringend nothwendig bezeichnet; zur Zeit beziehen 3 Assistenzärzte je 1500, 2 je 1200 M.; im neuen Etat ist eine Aufbesserung noch nicht vorgesehen), 1 Apotheker, 2 Oekonomen (Verwalter), 1 Rendant, 5 Sekretäre, 1 Bautechniker, 1 Lehrer. Die Seelsorge wird im Nebenamt besorgt. Männliches Wartepersonal: 1 Inspector, 3 Oberwärter, 85 Wärter. Weibliches Personal: 42 barmherzige Schwestern (auch für Küche, Kleider- und Weisszeugkammer, Wäscherei), 63 Wärterinnen, 37 Dienstmägde. Ferner weiteres männliches Dienstpersonal für landwirthschaftlichen Betrieb, Werkstätten, Magazine u. s. w. E. Hess.

Ungarn. Aus dem vom Ministerium des Innern soeben herausgegebenen Jahresberichte über „das Irrenwesen Ungarns im J. 1900" geht hervor, dass

während des Berichtsjahres in den vier staatlichen Anstalten (Budapest-Lipótmezö, Budapest-Angyalföld, Nagyszeben und Nagy-Kálló), 3121, in den Abtheilungen der verschiedenen Krankenhäuser 4364, zusammen 7485 Geisteskranke in Pflege waren; von diesen verblieben zu Ende d. Jahres in den Anstalten 2164, in den Abtheilungen 2326, zusammen 4490. Das Heilungsprozent betrug in den Anstalten im Durchschnitt 6,82, die Mortalität 10,50. Von den in den Anstalten verpflegten 3121 Geisteskranken litten an Paralyse 569 d. h. 18:23% und zwar 463 M. und 106 W. Das Verhältniss von W. zu M. ist also 1:4,2, während dasselbe im vorhergegangenen Jahre 1:5,2 war. Prüft man die Zahlen näher, so ergiebt sich die bemerkenswerthe Thatsache, dass die Zunahme der Paralyse bei den Frauen hauptsächlich auf Kosten der unteren Klassen geschieht. Betrachten wir nämlich jene Berufsarten, die zur Paralyse das Hauptcontingent stellen, so finden wir das Verhältniss von W. zu M. wie folgt:

Beamte 1:14 (5 W. 71 M.), im J. 1899, 1:18.
Kaufleute 1:6 (8 W. 49 M.), „ „ „ 1:6,
Landwirthe, Fuhrleute 1:5,7 (8 W. 46 M.), i. J. 1899 1:5,2.
Taglöhner 1:2,1 (23 W. 49 M.), im J. 1899, 1:3,3.
Diener 1:1 (18 W. 18 M.), im J. 1899, 1:1.

Ob diese Thatsache im Sinne der Syphilistheorie zu deuten und nicht vielmehr aus den ungünstigeren äusseren Verhältnissen abzuleiten ist, kann auf Grund der vorliegenden Daten allein nicht erörtert, geschweige denn entschieden werden. — An alkoholischer Geistesstörung litten in den Anstalten 131 (124 M. 7 W.); Alkoholismus als Krankheitsursache wurde in 222 Fällen nachgewiesen.

Die Ausgaben des Staates für das Irrenwesen betrugen ungefähr 2,150,000 Kronen, denen 487,829 Kronen als Einnahmen gegenüberstanden. In Pozsony wurde am staatlichen Krankenhause eine neue Irrenabtheilung, in Nagyszeben für Pensionäre I. u. II. Cl. ein eleganter Pavillon errichtet. — Rühmend hebt der Bericht den im verflossenen Jahre stattgefundenen ersten Congress der ungarischen Irrenärzte hervor und bemerkt, dass als Resultat desselben auch jene Bewegung betrachtet werden kann, die „die Besserung der Lage der Irrenanstaltsärzte einleitete." Wir müssen jedoch corrigirend hinzufügen, dass jene Bewegung die sehr wünschenswerthe Besserung wohl anstrebte, aber leider noch nicht einleitete. Die ebenso warme, wie wahrheitsgetreue Schilderung, die Hofr. von Schwartzer in seinem schwungvollen Vortrage (S. Jahrg. II. Nr. 35—37.) von der Lage der Irrenärzte gab, hat wohl nicht verfehlt, competenten Ortes tiefen Eindruck zu machen, auch hat der persönliche Einfluss des allseits verehrten Vortragenden geholfen, eine günstige Entscheidung herbeizuführen; in der zwölften Stunde jedoch machte ein Ministerraths-Beschluss die geplanten Gehaltserhöhungen rückgängig, so dass, vorderhand wenigstens, Alles beim Alten bleibt. E-n.

— Unser sehr verehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Salgó, Primararzt der Landes-Irrenanstalt in Budapest, wurde am 6. November während der Visite von zwei Geisteskranken überfallen. Der eine versetzte ihm einen Hieb auf den Kopf mit einem Eisenstück, der andere griff ihn mit einem Messer an, das an den Kleidern abglitt. Salgó's Verwundung ist zum Glück ungefährlich.

— **Abtheilung für Epileptiker in Breslau.** Dem in einer der letzten Stadtverordnetensitzungen angenommenen Antrage des Magistrats auf sofortige Einrichtung einer Abtheilung für Epileptiker im Wenzel Hancke'schen Krankenhause ist im wesentlichen folgende Begründung beigegeben: „Eine Reihe von vier kurz aufeinander folgenden Selbstmorden und Selbstmordversuchen von Epileptikern in der Krankenabtheilung des Armenhauses auf der Basteigasse veranlasste den Magistrat, eine Commission von Fachmännern und Magistratsmitgliedern mit der schleunigen Prüfung der Verhältnisse in diesem Krankenhause zu beauftragen. Diese Commission hat festgestellt, dass weder eine harte Behandlung noch Mängel in der Verpflegung als Ursache anzusehen sind, sondern dass lediglich der bei allen Kranken mit Störung der geistigen Functionen auftretende, und sich bis zur Epidemie steigernde „Nachahmungstrieb" für die dem ersten Selbstmord folgenden Fälle als Ursache anzusprechen sei. Auch weiterhin ist bei anderen Epileptikern die Absicht, sich selbst zu tödten, zutage getreten, und nur die Vermehrung der Aufsicht sowie andere Vorsichtsmassregeln haben bis jetzt die Ausführung derartiger Absichten verhüten können. Auf die Dauer aber lässt sich in der Basteigasse eine derartige Verhütung von Unglücksfällen (Attentate auf das eigene sowie auch auf das Leben des Personals oder das anderer Kranker) nicht erhoffen. Die Verhältnisse dieser Anstalt sind für Unterbringung von Epileptikern, welche nach scheinbar ruhigem Verhalten während einer längeren Zeit plötzlich mit Eintritt heftiger Erregungs- oder auch Depressionszustände sich und anderen gefährlich werden, absolut ungeeignet. Die Epileptiker liegen mitten unter anderen Kranken — die Fenster nach dem Hofe, und die Kranken selbst werden von der grossen Nachbarschaft (wohl an 100 Fenster von Hinterhäusern) beobachtet. Hierdurch kann Reizung der Kranken hervorgerufen werden; die Fenster selbst sind nicht verwahrt, und vor allem ist das Wartepersonal unzureichend; auf 149 Kranke, unter denen sich etwa 25 Epileptische befinden, kommen vier Wärterinnen und ein Wärter. Der Magistrat hat sofort eine bessere Verwahrung und eine Vermehrung des Wartepersonals angeordnet; sämmtliche Sachverständige sind aber darin einig, dass es dringend geboten erscheint, schleunigst für eine sichere Unterbringung dieser Kranken zu sorgen und zwar durch Errichtung einer besonderen Abtheilung für Epileptiker, in welcher nach Möglichkeit alle Kranken dieser Art vereinigt werden sollen. Dies ist relativ sehr leicht im Wenzel Hancke'schen Krankenhause zu bewerkstelligen, jedenfalls aber muss es provisorisch bis zur Fertigstellung des Armenhauses in Herrnprotsch geschehen. Erforderlich ist im wesentlichen nur die Anstellung eines eigenen Arztes und eines weiteren Wärters für die neue Abtheilung.
(Schles. Ztg.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 36. 30. November. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Behandlung der akuten Erregungszustände.*)

Von *Dr. M. Sander*, Frankfurt a. M.

In der Art der Behandlung der akuten Erregungszustände spiegelt sich die Geschichte der Psychiatrie wieder. Es ist noch nicht allzulange her, dass man in den Irrenanstalten die verschiedenartigsten maschinellen Einrichtungen benutzte, um tobsüchtige Kranke zu beruhigen, Schaukeln, Drehstühle, das sogen. hohle Rad, der englische Kasten und ähnliche Vorrichtungen, welche dazu dienen sollten, durch gewaltsame Drehbewegungen des Körpers Ohnmachten und Nausea zu erzeugen und dadurch eine Beruhigung des erregten Kranken herbeizuführen. Hand in Hand damit ging bis vor wenigen Dezennien eine umfangreiche Anwendung von Zwangsmitteln, Zwangsgürtel, Zwangsstühle, Zwangswesten und andere Dinge, die neben der Unschädlichmachung des Kranken auch gleichzeitig den Zweck hatten, durch den mechanischen Zwang den Tobsüchtigen zu beruhigen. Unterstützt wurde diese „Therapie" durch zahlreiche medikamentöse Mittel, Einreibungen mit Tartarus stibiatus-Salbe, Anwendung von Drastica, besonders Brechmittel und Blutentziehungen. Vergleicht man damit die Behandlungsmethoden, wie sie gegenwärtig in den meisten Anstalten bei Erregungszuständen geübt werden, so erkennt man den gewaltigen Fortschritt, den die Psychiatrie in den letzten Dezennien gemacht hat. Immerhin bleibt auch noch jetzt manches zu thun übrig. Bei der isolirten Lage vieler Anstalten, der dauernden Ueberfüllung, dem Mangel an Pflegepersonal und Aerzten, finden selbst längst anerkannte, therapeutische Erfahrungen nur schwer Eingang, entschiedene Fortschritte werden nur zögernd und widerwillig mitgemacht. Bei einer Studienreise, die ich im Herbst dieses Jahres durch eine Zahl deutscher Irrenanstalten machen konnte, habe ich mich ebenso wie vor 2 Jahren auf einer auswärtigen Anstaltsreise davon überzeugt, wie ganz verschiedenartig in den einzelnen Anstalten noch verfahren wird, namentlich bei der Behandlung der Erregungszustände. Dass man heutzutage ein chirurgisches Krankenhaus ohne ein aseptisches Operationszimmer baut, wird wohl niemand für möglich halten, dass man aber auch jetzt noch neue Irrenanstalten baut, in denen auf eine umfangreiche Anwendung der psychiatrischen Heilmethoden, z. B. der Bäderbehandlung bei erregten Kranken, keine Rücksicht genommen wird, ist nichts ungewöhnliches. Ich halte es deshalb von grossem Werth, gerade auf

*) Vortrag gehalten auf der 32. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 30. XI. 1901.



den speciell irrenärztlichen Versammlungen die therapeutische Seite unserer Thätigkeit immer wieder in den Vordergrund der Verhandlungen zu rücken.

Ueber die Behandlung der akuten Erregungszustände in ihrem ganzen Umfange zu sprechen, dürfte weit über die Zeit hinausgehen, die mir zu Gebote steht. Dazu kommt, dass über die Behandlung der leichtern Erregungszustände in den letzten Jahren soviel geschrieben und gesprochen wurde, ich erinnere nur an die treffliche Arbeit von Gross*) über diesen Gegenstand, an die Debatten auf dem vorjährigen internationalen Congress über die Bettbehandlung der Psychosen, an die Arbeiten von Neisser**), Heilbronner***), Calmus†) u. a., dass ich dem wenig neues hinzufügen könnte. Unsere Behandlung der leichtern Erregungszustände deckt sich so ziemlich mit dem, wie es Gross für die Alt-Scherbitzer Anstalt in der vorerwähnten Arbeit eingehend geschildert hat. Anders liegt es bei der Behandlung der schwereren und schwersten Formen akuter Erregung, die ja in der That oft den Prüfstein unseres therapeutischen Könnens abgeben und bei denen noch keineswegs eine Uebereinstimmung in der Art und Anwendung der einzelnen Behandlungsmethoden erzielt worden ist. Ich habe daher die Absicht, ihnen die Methoden zu schildern, wie sie sich im Laufe der letzten Jahre an der Frankfurter Irrenanstalt bei der Behandlung der schwersten Erregungszustände herausgebildet haben.

Die grosse Zahl der Aufnahmen unserer Anstalt, der beständige Zugang zahlreicher erregter Kranken, die meist schon wenige Stunden nach Ausbruch der Krankheit der Anstalt zugeführt werden, schafft hier besonders günstige Bedingungen, den Werth unserer Methoden an einem grossen Krankenmaterial zu prüfen.

Dass schwer erregte Kranke in erster Linie in's Bett gehören, wird wohl heute noch kaum jemand bestreiten, zeigt sich doch gerade bei den Erregungszuständen der grosse Werth dieser Behandlungsart. Neben der Bettbehandlung wenden wir bei erregten Kranken wie überhaupt in allen akuten Psychosen in umfangreichem Masse hydropathische Prozeduren an. Es stehen uns dafür 3 Formen zu Gebote, die hydropathische Einpackung, das warme Bad von $1/4$ bis 1 stündiger Dauer und das prolongirte Bad. Die Technik der feuchten Packungen dürfte so allgemein bekannt sein, dass ich mich nicht näher darüber auszulassen brauche. Der völlig entkleidete Kranke wird bis zum Hals in ein feuchtes Leinentuch eingeschlagen, darüber kommt eine grosse wollene Decke, welche überall fest anschliessen muss, um eine Verdunstung des Wassers zu verhindern, und vorn mit einigen Sicherheitsnadeln zugesteckt wird. Wir wenden die Einpackungen nur in Gestalt der Volleinpackungen an und feuchten, im Gegensatz zu den Hydrotherapeuten das Leinentuch nie mit kaltem, sondern mit lauwarmen Wasser an, weil wir meinen, dass die Anwendung von kaltem Wasser auf den Ablauf der Procedur ohne wesentlichen Einfluss ist, durch den unangenehmen Kältereiz aber andrerseits ein psychisches Reizmoment gesetzt wird, das unter Umständen den Kranken zu einer Verweigerung der Procedur veranlassen kann. Die Einpackungen werden meist Früh oder Abends vor dem Schlafengehen vorgenommen, der Kranke bleibt eine Stunde, höchstens 2 Stunden in der Packung. Kranke, die zu Congestionen neigen, erhalten gleichzeitig eine kalte Compresse auf den Kopf. Auch wird darauf gesehen, dass die Kranken nach Beendigung der Packung noch mindestens $1/2$ Stunde ruhig im Bett bleiben, bis die starke Erwärmung der Körperoberfläche sich wieder ausgeglichen hat. Abschen thun wir von den feuchten Einpackungen in den Fällen, wo schwerere Erkrankungen des Herzens oder Gefässsystems vorhanden sind, wo Neigung zu Collapszuständen besteht oder wo infolge mangelnder Gefässinnervation keine Erwärmung, sondern Frostgefühl in der Einpackung auftritt. In letzterem Falle kann man mitunter noch durch Anwendung von kälterem Wasser einen Erfolg erzielen. Wo die feuchte Einpackung bei allen Arten von Psychosen, auch bei ruhigen Kranken, angewandt wird, wo der Grundsatz besteht, nie Kranke, die dauernd widerstreben oder gar dieselbe als mechanischen Zwang empfinden, dieser Procedur zu unterwerfen, wird man von den feuchten Einpackungen nur günstige Erfolge sehen und keinesfalls dieselben, wie dies bei kritikloser und ungeschickter Anwendung geschehen ist, als feuchte Zwangsjacke bezeichnen können.

Die Wirkung der feuchten Einpackung ist in vielen Fällen eklatant. Meist tritt schon nach wenigen Minuten eine deutliche Beruhigung des Kranken ein, oft sogar tiefer Schlaf, die Pulsfrequenz sinkt, das gleichmässig feuchtwarme Medium, in dem sich die Körperoberfläche befindet, der Fortfall aller Innervationsreize, vielleicht auch der leichte mechanische Zwang, der damit verbunden ist, bedingen eine nachhaltige und längere Zeit andauernde Beruhigung. Be-

*) Zur Behandlung akuter Erregungszustände. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 56.

**) Ueber die Bettbehandlung der akuten Psychosen. München 1900.

***) Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 53.

†) Psychiatr. Wochenschrift. 1901.

sonders günstig scheinen uns die feuchten Packungen zu wirken bei den Erregungszuständen im Verlauf der Paralyse und senilen Demenz, aber auch bei zahlreichen functionellen Psychosen ist die Wirkung unverkennbar. Dass diese Procedur auch subjectiv durchaus nicht unangenehm empfunden wird, beweisen uns die Urtheile zahlreicher leichter Kranken und Reconvalescenten, die schon oft auf dem Wege der Heilung nach längerer Zeit nach den Einpackungen zurückverlangten.

Empfohlen wurden die feuchten Packungen in letzter Zeit von Jolly auch beim Delirium tremens, sie sollten hier namentlich bei den protrahirten Fällen den Ablauf des Deliriums beschleunigen und oft den erwünschten Schlaf herbeiführen. Wir haben sie hier ebenfalls in zahlreichen Fällen erprobt und einige Male in der That den Eindruck gehabt, als ob das Abklingen des Deliriums hierdurch etwas beschleunigt würde. Nachdem wir aber mehrmals dabei recht unangenehme Collapszustände gesehen haben, waren wir genöthigt, wieder davon abzustehen. Es sind dies überhaupt die einzigen Fälle, wo wir durch die feuchten Einpackungen bedrohliche Zustände auftreten sahen, kein Wunder, wenn man bedenkt, dass gerade bei protrahirten Alcohol-Delirien sehr häufig Zustände von Herzschwäche vorhanden sind, die für derartig eingreifende Proceduren eine strikte Contraindication abgeben.

Wo es sich um stärkere Erregungszustände handelt oder aus irgend welchen andern Umständen die Einpackung nicht stattfinden kann, tritt das warme Bad an Stelle derselben. Ich möchte hier gleich hinzufügen, dass wir bei Erregungszuständen nur warme Bäder anwenden, kühlere oder allmählich abzukühlende Bäder, kalte Abreibungen und Abgiessungen wenden wir nur bei leichteren neurasthenischen und hysterischen Zuständen an. In welchem Umfange die warmen Bäder in unserer Anstalt verabreicht werden, können sie daraus messen, dass nach einer Zusammenstellung von Alzheimer im letzten Jahre bei einem Durchschnittsbestand von ca. 300 Kranken täglich im Durchschnitt 30 Kurbäder von $^1/_2$ — 2 stündiger Dauer, 13 Dauerbäder von 2 — 12 stündiger Dauer und 20 regelmässige Reinigungsbäder von $^1/_4$ stündiger Dauer verabreicht wurden. Dementsprechend ist der Wasserverbrauch pro Jahr bei dem gleichen Durchschnittsbestand von 1897 bis 1900 um 7200 cbm gestiegen.

Bei den meisten Erregungszuständen genügt ein $^1/_2$ — 1 stündiges Bad von 29^0 mehrmals täglich, bei den schwersten Formen ist man zu langdauernden Bädern genöthigt, von 12—24 stündiger Dauer, die bei einzelnen Kranken über Tage, ja Wochen fortgesetzt werden. Grade in den Anstalten, wo ein grosser Zugang von erregten Kranken dauernd stattfindet, wo ausserdem die baulichen Verhältnisse für die Unterbringung tobsüchtiger und störender Elemente ungünstig sind, zeigt sich der grosse Werth der Bäderbehandlung, ja, man kann wohl heute mit Sicherheit sagen, dass die Einführung der Bäderbehandlung bei erregten Kranken den grossen Fortschritten der Psychiatrie, der Einführung des no-restraint und der Bettbehandlung, ebenbürtig zur Seite steht. Man wundert sich oft, wie leicht selbst hochgradigerregte Kranke im Bad zu halten sind, wie unschädlich selbst die schwersten Erregungszustände im Dauerbad ablaufen. Auch bei den interkurrenten Erregungszuständen chronischer Kranken, namentlich Katatoniker hat sich uns das Dauerbad als sehr segensreich erwiesen, Zustände, die sonst der Schrecken für Personal und Aerzte waren, laufen jetzt im Bad ohne Schwierigkeiten ab. Am günstigsten erwiesen sich die Dauerbäder bei den Erregungszuständen der Paralyse und senilen Demenz, bei Manie, bei schweren Verwirrtheitszuständen mit motorischer Unruhe, bei Epilepsie und Hysterie, am wenigsten anwendbar bei schweren halluzinatorischen Aufregungszuständen und bei agitirter Melancholie. Oft gelingt es erst nach wiederholten Versuchen, die Kranken an das Bad zu gewöhnen, von einer Anwendung von Narkotica zu diesem Zwecke haben wir stets abgesehen.

Manchmal gelang es, namentlich demente Kranke dadurch an das Bad zu gewöhnen, dass wir ein Leintuch über die Badewanne ausspannten. Da der Kranke das Leintuch ohne Schwierigkeit mit den Händen entfernen kann, so ist hier natürlich von einer restraint-Maassregel, etwa im Sinne der alten Deckelbadewanne, nicht die Rede, sondern es handelt sich hier offenbar nur um ein psychisches Moment, das den Kranken von dem Heraussteigen aus der Wanne zurückhält. Sind wir genöthigt, sieche oder gelähmte Kranke in's Dauerbad zu bringen, so legen wir dieselben auf ein im Wasser ausgespanntes, an den Rändern der Badewanne befestigtes Leintuch. Oft geben wir den im Dauerbad befindlichen Kranken zum Anlegen des Kopfes ein Luftkissen aus Durit.

Derartige Dauerbäder für erregte Kranke erfordern noch einige besondere Einrichtungen. Es empfiehlt sich, das Badezimmer möglichst gross und geräumig anzulegen, da man nach unseren Erfahrungen in den Abtheilungen für Unruhige auf mindestens 4 Kranke ein Bad rechnen muss.

Der Zufluss des frischen Wassers muss derartig geregelt werden können, dass das Wasser bereits in



dem gewünschten Temperaturgrade in die Wanne fliesst und die den Zufluss regulirenden Hähne von dem Kranken nicht erreicht werden können. Ebenso dürfen die den Abfluss des Badewassers regulirenden Vorrichtungen dem Kranken nicht zugänglich sein. Das Badezimmer muss gut ventilirt sein, wird am besten mit einem feststehenden Closett versehen und darf zu Spülzwecken u. dergl., wie dies in einzelnen Anstalten noch üblich, nicht benutzt werden. Die im Dauerbad befindlichen Kranken erhalten am besten ein Badehemd, wo dies von den Kranken nicht geduldet wird, deckt man bei weiblichen Kranken am besten ein Leintuch über die Wanne. Das Personal trägt Mäntel von undurchlässigem Stoff und geeignetes Schuhwerk. Natürlich muss man darauf sehen, dass derartig erregten und dauernd im Bad befindlichen Kranken reichlich Nahrung zugeführt wird, eine andauernd geringe Nahrungsaufnahme oder gar völlige Enthaltung bedingen eine strikte Contraindikation gegen das Dauerbad, wenn man nicht in kurzer Zeit erschreckende Gewichtsabnahmen oder gar Collapszustände erleben will. Im Allgemeinen essen Kranke im Dauerbad sehr stark, das Nahrungsbedürfniss nimmt auch bei vorher abstinirenden Kranken meist zu, Milch, Butterbrod u. dergl. werden auch ausserhalb der üblichen Mahlzeiten in grossen Mengen konsumirt. Man muss also dafür sorgen, dass derartige Nahrungsmittel auch während der Nacht dem Kranken gereicht werden. Man wird dann selbst bei schweren Erregungszuständen mitunter erhebliche Gewichtszunahmen erzielen. Dass Kranke im Dauerbad beständiger Beaufsichtigung bedürfen und zwar von erfahrenen, zuverlässigen Pflegepersonen, brauche ich wohl nur zu erwähnen, der hierdurch erforderliche Mehrbedarf an Personal wird auf der andern Seite völlig aufgewogen. Durch die unverhältnissmässig erleichterte Behandlung grade der schwersten, für Personal und Aerzte aufreibendsten Elemente.

Bei umfangreicher Anwendung der Bäderbehandlung kann man der pharmaceutischen Beruhigungsmittel fast völlig entbehren. Wenn wir auch den beliebten Phrasen von der „chemischen Zwangsjacke" und ähnlichem nicht beistimmen können — es ist auch nicht einzusehen, warum grade der Irrenarzt sich längst erprobter und in ihrer Wirkungsweise durchaus zuverlässiger Mittel zur Bekämpfung und Milderung einzelner Krankheitserscheinungen nicht bedienen soll — so unterliegt es keinem Zweifel, dass man durch kritiklose Anwendung von Narkoticis grade bei erregten Kranken mehr schaden als nützen kann. Um die üblichen Narkotica zum Vortheil der Kranken anwenden zu können, muss man ihre Wirkungsweise genau kennen, man muss vor allem auch die Art der Erkrankung und den allgemeinen Körperzustand sorgfältigst berücksichtigen, dann wird man auch keine Enttäuschungen erleben. Bei schweren Erregungszuständen geben wir als Schlafmittel Trional und Chloral, in Höhe von 1—2 gr., seltener Paraldehyd, das wir mehr bei neurasthenischen und melancholischen Zuständen anwenden. Chloral wenden wir mit Vorliebe bei den auf organischer Grundlage beruhenden Psychosen, Trional bei allen akuten Formen an. Trional mitunter noch am Tage als Beruhigungsmittel in refracta dosi. Es gelingt nicht selten, durch mehrmalige Dosen von Trional auch erregtere Kranke zu beruhigen und dadurch bei vorübergehenden Erregungszuständen in einer ruhigen Umgebung zu halten, ein Faktor, der mitunter für die Behandlung der Kranken durchaus nicht unwesentlich ist. Besonders werthvoll ist bei Trional, dass die Wirkung desselben sich oft auch noch auf den folgenden Tag erstreckt.

Dass man selbstverständlich bei Trional und auch Chloral nicht vorsichtig genug sein kann, namentlich bei fortgesetzter Darreichung an Kranke, die sich in schlechtem Ernährungszustand befinden oder an constitutionellen Erkrankungen leiden, das beweist die jetzt schon sehr zahlreiche Litteratur über Trionalvergiftungen. Hyoscin wenden wir höchst selten an, nur bei kurz vorübergehenden schwersten Erregungszuständen auf hysterischer und epileptischer Basis, wenn weder Dauerbad noch Isolirung möglich sind, etwas häufiger noch die Combination von Morphium und Hyoscin, die gegenüber dem reinen Hyoscin den Vorzug hat, dass sie die subjectiv zur Empfindung gelangenden höchst unangenehmen Wirkungen des Hyoscin erheblich mildert und dabei die narcotisirende Wirkung desselben steigert. Jedenfalls haben wir auch bei Anwendung des reinen Hyoscin nie die unangenehmen Folgeerscheinungen beobachten können, die andere erwähnen, in dieser Hinsicht halten wir das Hyoscin für ungefährlicher wie Morphium, bei dessen Anwendung man bekanntlich weit eher plötzliche Collapszustände beobachten kann. Direct contraindiciert halten wir die schweren Narkotica bei Delirium tremens sowie bei Delirium acutum ähnlichen Zuständen, überhaupt bei allen furibunden Erregungszuständen, bei denen gleichzeitig schwere Ernährungsstörungen vorhanden sind. Hier wird man durch Anwendung von Narkotica die meist schon sehr beschränkte Nahrungsaufnahme nur noch mehr herabsetzen und durch gleichzeitige Schwächung der Herzthätigkeit den drohenden Collaps nur beschleunigen.

Gelingt es nun, durch Anwendung der Einpackungen



und Bäder, und nöthigenfalls der erwähnten Narkotica ohne jede Isolirung auszukommen? Nach Einführung der Dauerbäder wurde es uns möglich, die Isolirung erheblich einzuschränken und die Zahl der isolirten Kranken wurde gradezu auf ein Minimum beschränkt, seitdem wir dazu übergingen, die Dauerbäder auch auf die Nacht auszudehnen. Grade hier zeigt sich der Werth der Bäderbehandlung gegenüber der früheren Methode. Kranke, die sonst wegen nächtlicher Unruhe mit Sicherheit isolirt werden mussten, kommen jetzt des Abends ins Bad, schlafen hier oft nach wenigen Stunden ein und können dann den Rest der Nacht in ihrem Bett zubringen.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— **Bericht über die 32. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe,** am 2. und 3. November 1901.

(Schluss.)

Prof. Kraepelin-Heidelberg: Ueber die Wachabtheilung der Heidelberger Irrenklinik.

K. hat für jedes der beiden Geschlechter zwei Wachabtheilungen eingerichtet, eine für ruhige und eine für unruhige Kranke. Der Nachtdienst ist dergestalt geregelt, dass immer ein und derselbe Wärter 14 Tage lang hindurch während der ganzen Nacht die Wache hat, dafür tagüber völlig dienstfrei ist. Ein besonderes Gepräge hat die Wachabtheilung erhalten durch die Einführung der permanenten Badebehandlung. Die Dauerbäder werden in einem Raum gegeben, der 4 Badewannen enthält. Diese sind in den Boden eingelassen und durch niedere Scheidewände getrennt, sodass jeder einzelne Kranke sozusagen einen Raum für sich hat. Ab- und Zuflussvorrichtungen sind so angebracht, dass sie für die Kranken unzugänglich sind. Während früher die Bäder nur während des Tages angewandt wurden, bleiben jetzt die Kranken ununterbrochen Tag und Nacht, oft viele Wochen hindurch, im Bade. Die Gewöhnung an die Bäder beansprucht verschieden lange Zeit, zuweilen müssen Narkotika oder einleitende feuchte Packungen zuhilfe genommen werden. Die Furcht vor Collapsgefahr hat sich als gegenstandslos erwiesen. Die Menses bilden keine Contraindikation. Am günstigsten wirken die Bäder bei manischen und paralytischen Erregungszuständen, etwas weniger günstig bei Katatonikern, der geringste Erfolg zeigte sich bei Angstzuständen. Die Dauerbäder haben alle noch gebräuchlichen Zwangsmittel, wie Handschuhe und feste Anzüge, vor allem die Isolirung aber fast unnöthig gemacht. Wesentlich erleichtert wird die Reinhaltung und die dauernde Ueberwachung der Kranken. Der einzige Uebelstand ist der, dass die Dauerbäder noch sehr theuer im Betrieb sind.

Diskussion.

Förster und Kreuser äussern Bedenken gegen die Anwendung von Dauerbädern, besonders auch inbezug auf den grossen Mehrbedarf an Personal, der letztere zweifelt daran, dass durch die Dauerbäder die Isolierung völlig vermieden werden könne, eine Klinik sei eben weit besser daran, weil sie die störendsten Elemente jederzeit evakuiren könne.

Alzheimer erwähnt, dass in der Frankfurter Anstalt die Behandlung der Erregungszustände mit Dauerbädern sich als leicht durchführbar und in hohem Grade nützlich erwiesen hat. Sie wird am Tage seit etwa drei Jahren, seit einem halben Jahre auch die Nacht hindurch angewandt, so dass jetzt am Tage 12, bei Nacht 3 Badewannen (in den unruhigen Frauen-Wachsälen) dazu ständig verwendet werden. Es sind dazu 5 Pflegepersonen mehr erforderlich, 4 am Tage, eine bei der Nacht.

Für den Krankheitsverlauf selbst tritt wohl der Erfolg am besten zu Tage bei den periodischen Formen. Die früheren Anfälle waren ohne Bad, der letzte mit Dauerbädern behandelt worden. Während die früheren Anfälle gleichmässig mit der stärksten Erregung verliefen, die Kranken unendlich viel zerstörten, vielfach gewaltthätig wurden, oft isolirt werden mussten, verlief der letzte Erregungszustand unter der Bäderbehandlung weit milder. Die Kranken, welche früher isolirt werden mussten, oder Narcotica bekamen, beruhigen sich jetzt im Bade. Der seltene Gebrauch der Narcotica ermöglicht fast ausnahmslos mit den leichten Schlafmitteln auszukommen.

Von der Anwendung von Hyoscin oder mechanischem Zwang, zu dem Zwecke die Kranken im Bad zu halten, werde stets abgesehen. Der Versuch den Kranken im Dauerbad zu halten, wird abgebrochen sobald der Kranke dagegen widerstrebt, aber nach einiger Zeit immer wieder von Neuem wiederholt. In der Regel geht es beim ersten Versuch, wenn nicht, beim zweiten oder dritten. Fälle, die andauernd widerstreben, sind sehr selten. Die meisten Kranken fühlen sich von Anfang an wohl im Bad.

Vielleicht wirkt das Vorbild der andern schon im Bade befindlichen Kranken auf den neuen Patienten, geradeso wie viele Kranke nicht im Zimmer, aber im Wachsaal im Bett zu halten sind.

Man muss nur einmal vergleichen, wie die unruhige Abtheilung früher am Morgen aussah und wie sie jetzt aussieht. Früher: zerrissene Strohsäcke und Matratzen, manchmal völlig entkleidete, abgekühlte Kranke; trotz aller Sorgfalt und aller Einläufe immer wieder verschmierte Zellen, jetzt: Kranke, die ruhig im Bad sitzen oder zu Bett liegen; in den offen gehaltenen Isolirzimmern vollständige ordentliche Betten und man wird sagen, dass die Behandlung mit permanenten Bädern, ein ungemein segensreicher Fortschritt ist



Wer sie eingeführt hat, wird sie nicht mehr missen wollen.

Bieberbach hat die Dauerbäder in Heppenheim unter den ungünstigsten äusseren Verhältnissen eingeführt und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden gewesen.

Kraepelin (Schlusswort) fordert alle diejenigen, welche an dem Werth der Dauerbäder noch zweifeln, auf, sich persönlich in Heidelberg von den Erfolgen derselben zu überzeugen.

Bartels-(Strassburg i. Els.) Ueber endophlebitische Wucherungen im Centralnervensystem und seinen Häuten.

B. demonstrirt mikroskopische Präparate und Zeichnungen von solchen. Es handelte sich um einige bisher in der pathologischen Anatomie des Centralnervensystems wie anderer Organe nicht bekannte endophlebitische Wucherungen. Klinisch bot der Fall bei einer 33jährigen Frau (Anamnese ohne Belang) Convulsionen in allen Extremitäten mit nachfolgenden Paresen, starke Bewusstseinstrübungen, unter freien Intervallen $3\frac{1}{2}$ Monate andauernd. Exitus unter dreitägiger Convulsion nach fast einmonatlicher Pause. Dabei Erbrechen, Kopfschmerz, Stauungspapille. Die Sektion ergab mikroskopisch punktirte Haemorrhagieen in beiden innern Kapseln, den Stammganglien, sowie der Rinde des linken Schläfen- und Occipitallappens. Das Rückenmark und seine Häute durchaus normal.

Mikroskopisch: Diffuse kleinzellige Infiltration des Gehirns, Rückenmarks und ihrer Häute. Die Blutungen sind capillarer Natur. Die Arterien zeigten meist Periarteriitis, während Muscularis und Intima stets intakt waren, dagegen wiesen die Venen neben Periphlebitis und Phlebitis eine im ganzen Centralnervensystem verbreitete Endophlebitis epitheloider Natur auf. Die Endophlebitis tritt theils in der Form kleiner Buckel auf, etwa von der halben Grösse eines Nierenglomerulus, theils mehr gleichmässig die Intima verdickend. Sie findet sich an mittleren und kleinsten Venen; die z. T. keine Elastika besitzen. Eine dritte Form zeigt durchaus den Typus der Heubner'schen Endarteriitis. Die buckelförmige Instimawucherung herrscht vor, streckenweise verschmelzen mehrere solcher Buckel, das Lumen der Gefässe ist verlegt. Niemals findet sich, selbst wenn uns ein capillärer Spalt freigeblieben ist, Thrombose. Der Ausgangsort der Wucherung ist zweifelhaft. Die Zellen sind endothelialer Natur. Im Anfangsstadium sind nicht deutlich Zelleiber abzugrenzen, später bilden sich Protoplasmaklumpen mit mehreren Kernen, in einzelnen Wucherungen liegen deutliche Riesenzellen. In einem noch späteren Stadium ordnen sich die Kerne wahrscheinlich concentrisch, die Zelleiber nehmen Spindelform an, theilweise durch Ausläufer verbunden ein reticuläres Netz bildend.

In einigen Präparaten sieht man wie neben den Zellen neugebildete Fasern liegen, vielleicht ein elastisches Gewebe bildend. Aus der circumscripten Buckelform scheint hervorzugehen, dass die Vasa vasorum den Reiz an das Endothel heranbringen. Die Aetiologie ist nicht mit Sicherheit festzustellen, die die Anamnese und der übrige Sektionsbefund keine Anhaltspunkte ergaben.

B. nimmt Syphilis als wahrscheinlich an, an der Hand der Fälle in der Litteratur, bei denen die übrigen Erscheinungen im Centralnervensystem ähnlich waren. Eine grosszellige Endophlebitis ohne jegliche Endarteriitis beobachtete Rieder constant im ersten Stadium der syphilitischen Primäraffecte. Diese Beobachtung unterstützt die Annahme, dass Lues als aetiologischer Faktor vorliegt.

Dr. Neumann-Karlsruhe. — Volksheilstätten für Nervenkranke.

Den Anlass zu einer erneuten Besprechung des schon öfter erörterten Themas gab eine Umfrage des badischen Ministeriums an verschiedene Stadtverwaltungen des Ministeriums des Grossherzogthums, wie es nach den Verhältnissen des Landes nach dem Bedürfnisse nach einer für Minderbemittelte und Unbemittelte bestimmten Nervenheilstätte bestellt sei. — Die Forderung von Volksheilstätten für Nervenkranke, bereits vor 10 Jahren von Benda angeregt, hat seitdem nicht aufgehört, aus der Mitte der Fachkreise immer wiederzukehren, doch steht das, was praktisch erreicht worden ist, hinter dem Angestrebten noch sehr bedeutend zurück.

Von den in der Sache in Betracht kommenden Einzelfragen hält Vortr. von vornherein die Bedürfnissfrage für erledigt. Diese kann nach der allgemeinen Erfahrung nur im bejahenden Sinne beantwortet werden. Statistisches Material darüber liefern frühere Publikationen zur Genüge. Bezüglich der zur Aufnahme geeigneten Krankheitsformen wird eine Einigung schwer zu erzielen sein. Nach der Ansicht des Vortr. sollen Geisteskranke und schwere Epileptiker von der Aufnahme ausgeschlossen sein, desgleichen solche organisch Erkrankte, die völlig und dauernd fremder Hülfe und Wartung bedürftig sind. Bezüglich leichter Fälle von Epilepsie und der leichteren Depressionszustände, sowie der nicht völlig hilflosen organisch-nervös Erkrankten ist es am rathsamsten, dem jeweiligen Ermessen des Anstaltsleiters einigen Spielraum zu lassen. — Den Hauptbestand werden die nervös Erschöpften, die Neurastheniker und Hysterischen bilden. Besonderen Werth legt Vortr. darauf, dass auch die Anämischen und Chlorotischen eine Stätte in den Anstalten finden. — Hinsichtlich der Geschlechter ist Vortr. der Ansicht, dass die Nothwendigkeit von Nervenheilstätten für das weibliche Geschlecht zum mindesten in gleichem, wenn nicht noch höherem Maasse besteht als für das männliche. Die Errichtung geschlechtlich getrennter Anstalten ist aus verschiedenen Gründen wünschenswerth, wird aber vielleicht am Kostenpunkt scheitern. — Was die eventl. Angliederung der zu errichtenden Anstalten an schon bestehende Einrichtungen betrifft, so hält Vortr. den Anschluss an die städtischen Krankenhäuser, die Universitätskliniken und die Irrenanstalten für unzweckmässig, hingegen die Verbindung mit einzelnen der vorhandenen ländlichen Reconvalescentenhäuser für durchaus rationell und durchführbar. — Der wichtigste Punkt in der ganzen Heilstättenbewegung ist natürlich die Deckungsfrage. In Betracht kommen Staat, Gemeinden, Krankenversicherungsanstalten (Kassen, Invalidenversicherungen, Berufsgenossenschaften) und endlich Vereinigungen von Privatpersonen. Alle

werden sich zu betheiligen haben. Aber während der Staat und die genannten öffentlichen Verbände sich der Unbemittelten d. h. wohl im grossen und ganzen der gesetzlich Versicherungspflichtigen anzunehmen haben werden, muss für den mindervermögenden Mittelstand in erster Linie die private Wohlthätigkeit bezw. das private Unternehmen eintreten. Auf die Nothwendigkeit von Mittelstandssanatorien wird vom Vortr. ganz besonders hingewiesen. — Zum Schluss macht er den Vorschlag, die Versammlung möge nach dem Beispiele des rheinländischen psychiatrischen Vereins, aus ihrer Mitte eine Commission mit der Aufgabe betrauen, die Heilstättenbewegung im geographischen Bereiche der Versammlung zu fördern.

Diskussion zu dem Vortrage des Herrn Dr. Neumann.

Alzheimer erwähnt, dass die Stadt Frankfurt beschlossen habe, aus kommunalen Kosten eine Nervenheilanstalt zu errichten. Auf Anregung des Herrn Director Dr. Sioli sei der Bau bereits im Princip beschlossen und werde wohl im nächsten Frühjahr begonnen werden. Das Terrain dafür liegt in einem anmuthigen, waldreichen Taunusthal. Auf der einen Seite des Thales werden Villen für Nervenkranke, auf der andern Seite Häuser für Geisteskranke errichtet werden. Beide liegen so weit auseinander, dass eine gegenseitige Störung nicht zu befürchten ist.

Es sind sowohl Plätze für Aerar- als für Kassen-Kranke, desgleichen für Kranke des Mittelstandes vorgesehen. Zunächst handelt es sich um 70 Kranke, für eine Erweiterung ist Platz vorhanden. Die Anstalt soll unter die Direction der städtischen Irrenanstalt gestellt werden.

Ludwig (Heppenheim) erwähnt, dass in Hessen bereits Einrichtungen beständen, um minder bemittelte Nervenkranke in geeignete Kurorte zu senden, die bisherigen Erfahrungen wären günstig gewesen. Er ist durchaus dagegen, zur Heilung unbemittelter Nervenkranker die öffentliche Armenpflege in Anspruch zu nehmen.

Die Versammlung beschliesst, das Thema der Volksheilstätte für Nervenkranke als Hauptreferat auf die Tagesordnung der nächsten Versammlung zu setzen. Als Referenten wurden Neumann (Karlsruhe) und Wildermuth (Stuttgart) bestellt.

Priv.-Doc. Dr. Gaupp-Heidelberg erstattet das 2. Referat: Die Dipsomanie.

Die periodische Trunksucht ist gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten eigenthümlicher Zustände, in denen nach Vorausgehen einer gemüthlichen Verstimmung, der unwiderstehliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint, zu starken Excessen treibt und mit einer leichteren oder tieferen Bewusstseinstrübung einhergeht. Der Anfall dauert Stunden, Tage, Wochen oder Monate. Die periodischen Verstimmungen, welche die wichtigste Theilerscheinung der Dipsomanie darstellen, sind epileptischer Herkunft; sie treten in gleicher Weise auch bei anderen Formen der Epilepsie auf. Die Dipsomanie ist also keine selbständige Geistesstörung, sondern eine der Aeusserungsformen der vielgestaltigen Krankheit „Epilepsie." Die Dipsomanie hat die Neigung sich zu verschlimmern und führt allmählich unter dem Bild des chronischen Alkoholismus zu körperlichem und geistigem Siechthum. Bei völliger und dauernder Abstinenz ist Besserung, vielleicht sogar Heilung möglich. Das Wesen der Krankheit ist unklar wie das der Epilepsie überhaupt.

Dr. Friedmann-Mannheim: Ueber Zwangsvorstellungen und fixe Ideen.

In dem nicht zum kurzen Referat geeigneten Vortrage giebt Vortr. eine neue, von der Westphal'schen sehr wesentlich abweichende Definition der Zwangsideen. F. definirt diese als solche Vorstellungen des Zweifels, der Sorge oder der Erwartung, welche ihrer Natur nach isolirt und eines Abschlusses unfähig bleiben und deren Eigenschaft, ihrem Träger auch gegen dessen Willen sich aufzudrängen, entweder durch nervöse Erregtheit lebhaft gesteigert oder deren Bildung durch primäre Hemmungen des Entschliessens und Denkens befördert wird. (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Prof. Nissl-Heidelberg: Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen.

N. wendet sich in seinem sehr weitläufig angelegten Vortrage gegen die vielfach, u. a. von Schüle vertretene Auffassung einer Reihe complexer psychischer Krankheitsbilder als der Hysterie zugehöriger Seelenstörungen bezw. als „hysterischer Psychosen."

Ganz allgemein verwirft N. den Begriff der „funktionellen Psychosen" als einen unzulänglichen, nur aus mangelnder Erkenntniss heraus entstandenen. Zur Statuierung des Begriffs der hysterischen Seelenstörungen habe die rein symptomatologische und nicht zum geringsten Theil die einseitig psychologische Forschungsmethode geführt. Beide Methoden könnten nicht befriedigen und führten zu Unsicherheit in der Diagnostik. Eine Betrachtung der Psychosen von einem einheitlichen klinisch-anatomischen Standpunkte könne allein den Weg zur richtigen Deutung der Seelenstörungen, auch der scheinbar komplexen, wie der „hysterischen", weisen.

Diskussion: Förster, Gaupp, Friedmann.

Dr. Arndt-Heidelberg: Zur Geschichte der Katatonie.

Es wird ein Ueberblick gegeben über die Entstehung und Entwicklung des Begriffes Katatonie. Sie ist die Zusammenfassung der bisherigen Beobachtungsresultate auf Grund der von Kahlbaum in Deutschland zuerst prinzipiell durchgeführten Methode, auf dem Wege klinischer Forschung natürliche Krankheitseinheiten aufzustellen. Von Kraepelin wurde die von Hecker zuerst ausführlich bearbeitete Hebephrenie mit der Katatonie verschmolzen. Beiden gemeinsam ist das degenerative Wesen und die schlechte Prognose. Entstehung und Entwicklung des Begriffs Katatonie erinnern an die Geschichte der Paralyse.

Smith (Schloss Marbach) hält zum Schluss einen Vortrag über seine Methode der Herzuntersuchung und die damit erhobenen Befunde. Er will vermittelst seiner Methode bei der Melancholie, bei Anfällen von Dipsomanie sowie bei akutem Alkoholismus Herzerweiterung gefunden haben, und zwar mit solcher Bestimmtheit, dass er z. B. bei den dipsomanischen Anfällen aus dem Herzbefund das Herannahen eines



Anfalles vorhersagen könne. Auch könne er durch eine methodisch vorgenommene Faradisation des Herzmuskels die Herzerweiterung beseitigen und damit die durch dieselben verursachten psychischen Krankheitssymptome bekämpfen.

Diskussion zum Vortrag Smith:

Gaupp fragt an, wie es denn käme, dass nur der Vortr. zu solchen Resultaten gelange, während andere diese Veränderungen nicht gefunden hätten.

Kraepelin erwähnt, dass es ihm sehr auffallend scheine, dass Zustände von ganz verschiedenem Herkommen, wie z. B. der melancholische Angstaffekt, der dipsomanische Anfall und alkoholistische Zustände durch ein und dasselbe Mittel, nämlich Faradisation des Herzens, in so auffallender Weise beeinflusst werden könnten.

Smith erwiedert, dass auch andere, z. B. Lilienstein, sich von der Wichtigkeit seiner Angaben überzeugt hätten. Die Befunde wären völlig eindeutig und ausserdem auch noch durch Röntgenphotographien bewiesen, sodass ein Zweifel darüber nicht bestehen könnte.

Als nächster Versammlungsort wurde Stuttgart bestimmt, zu Geschäftsführern die Herren Wildermuth und Fauser (beide Stuttgart) gewählt.

— **Programm der 81. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte** am 7. December 1901, Mittags 12 Uhr pünktlich in der Königl. Universitäts-Poliklinik für Nervenkranke, Breslau, Neue Matthiasstrasse 6. Tagesordnung: 1. Krankenvorstellungen aus der Poliklinik. 2. Dr. Storch-Breslau: „Ueber das Bewusstsein als Gehirnfunktion." 3. Privatdocent Dr. Bonhöffer-Breslau: „Ueber einen eigenthümlichen katatonischen Symptomenkomplex." 4. Medizinalrath Prof. Dr. Wernicke-Breslau: „Vorstellung eines Falles von subkortikaler Alexie." 5. Dr. C. S. Freund-Breslau: „Demonstration eines hochgradig atrophischen Gehirns mit Gangraen eines Occipito-Temporollappens." 6. Dr. Neisser-Leubus: „Casuistischer Beitrag zur Prognose und Symtomatologie der Neuro-Psychosen nach Eisenbahnunfällen."

Nach der Sitzung (um 3 $^1/_2$ Uhr) findet ein gemeinschaftliches Mittagessen in der Weinhandlung von Kempinski, Ohlauer Strasse 79, statt.

— Baden. Auf Anregung des Grossh. Ministeriums des Innern wurde in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau vom 7. bis 19. October dieses Jahres ein psychiatrischer Kurs für Bezirksärzte des Landes abgehalten. Es betheiligten sich daran, einschliesslich eines hier weilenden Volontärarztes, 14 Aerzte aus allen Theilen des Landes. Theils in theoretischen Vorträgen, theils in Demonstrationen am Krankenmaterial unternahm es der Direktor der Anstalt, die Theilnehmer des Kurses über alle Fragen des Anstaltswesens und der praktischen Irrenfürsorge überhaupt, wie im speciellen über die einzelnen Formen der Psychosen und ihre forense Bedeutung zu unterrichten. Ausserdem wurde den Kurstheilnehmern durch Rundgänge mit den einzelnen Abtheilungsärzten Gelegenheit gegeben, die einzelnen Krankheitsbilder sich noch genauer einzuprägen. Ebenso wurde bei Obduktionen und durch mikroskopische Demonstrationen die Anatomie des Centralnervensystems, ferner das Kapitel der Hypnose mit praktischen Vorführungen abgehandelt.

Abgesehen von dem Lehrzwecke, der natürlich an erster Stelle steht, sind diese Kurse ein sehr wichtiges Bindeglied zwischen den Anstaltsärzten und den Staatsärzten des Landes und es ist aus dem angebahnten geistigen Verkehr, besonders wenn er, wie beabsichtigt ist, seine Fortsetzung in weiteren Kursen findet, eine bedeutsame Förderung des gemeinsamen Wirkens in der Irrenfürsorge im allgemeinen wie im einzelnen Falle zu erhoffen. (Südd. Reichscorresp.).

— Rücktritt des Hofrathes Freiherrn von Krafft-Ebing. Wie die Wiener „Hochschul-Correspondenz" mittheilt, hat der Vorstand der psychiatrischen Klinik und der Klinik für Nervenkranke im allgemeinen Krankenhause, Hofrath Freiherr v. Krafft-Ebing, gegen Ende September 1901 beim Unterrichtsministerium das Gesuch um seine Pensionirung als Universitäts-Professor überreicht. In dem Gesuche führt er als Grund dieses Schrittes Gesundheitsrücksichten an und ersucht um die Genehmigung seines Rücktrittes von der Lehrkanzel mit Ende des laufenden Winter-Semesters. Im künftigen Sommer-Semester würde er demnach nicht mehr lesen, sondern mit 1. April 1902 seine akademische Lehrthätigkeit abschliessen. Es heisst, dass Freiherr v. Krafft-Ebing, der seine ärztliche Thätigkeit auch in der Folge auszuüben gedenkt, nach Graz übersiedeln wird, wo er als Universitäts-Professor von 1873 bis 1889 gewirkt hat und mit welcher Stadt ihn sehr angenehme Erinnerungen verknüpfen. Die Erledigung des Pensionirungs-Gesuches ist bis zur Stunde noch nicht erfolgt; doch soll an dem Abgange des Freiherrn von Krafft-Ebing von der Wiener Universität nicht zu zweifeln sein. Vorschläge für die Besetzung seines Lehrstuhles sind bisher seitens des Wiener medicinischen Professoren-Collegiums nicht erstattet worden. In informirten Kreisen hält man jedoch dafür, dass an Stelle des Freiherrn von Krafft-Ebing der Vorstand der psychiatrischen Universitäts-Klinik in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt, Professor Dr. Julius Ritter v. Wagner-Jauregg treten und an Stelle des Letzteren der Professor der Psychiatrie an der Grazer Universität, Dr. Gabriel Anton, einer der hervorragendsten Schüler Meynert's und Krafft-Ebing's, berufen würde. Freiherr v. Krafft-Ebing steht im Alter von 61 Jahren und blickt bereits auf eine mehr als dreissigjährige akademische Lehrthätigkeit zurück.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaction wird gebeten).

— Unser sehr geehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Sander in Frankfurt a. Main wurde zum Gefängnissarzt und leitenden Arzt der neu errichteten Irrenabtheilung an der Strafanstalt zu Graudenz ernannt. – –

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 37. 7. December. 1901.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6330), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Psychiatrie und Strafrechtspflege*).

Von Director *Frank*, Münsterlingen (Schweiz).

Wer als Psychiater Gelegenheit hat, Strafprocesse zu verfolgen, sei es als Experte, sei es durch die Lectüre der Gerichtsverhandlungen in den verschiedenen Staaten, soweit sie von unseren grösseren Tageszeitungen berichtet werden, der kann sich der Ueberzeugung nicht verschliessen, dass unsere heutige Rechtssprechung nicht dem Stande unserer Wissenschaft entspricht. Nur durch die allgemeine Ignorierung der Psychologie und Psychiatrie in den maassgebenden Kreisen einerseits, durch die machtvolle Stellung der Juristen im öffentlichen Leben andererseits ist es erklärlich, dass die Unkenntniss in diesen Wissensgebieten, in welcher der moderne Richter in Folge seiner Ausbildung gelassen wird, eine so erschreckend weitgehende ist. Die menschliche Gesellschaft ahnt dabei gar nicht, in welch' hohem Grade sie eben durch unsere heutige Rechtssprechung und den Strafvollzug gefährdet wird, indem diese zu einer wirklichen Bekämpfung des Verbrecherthums absolut unfähig sind.

Es kann nur unsere Aufgabe als Psychiater sein, gegen dieses consequente Ausserachtlassen der Fortschritte unserer Wissenschaft von Seiten der Vertreter der Strafrechtspflege die geeigneten Schritte zu thun zur Aufklärung der Allgemeinheit. Wie seither alle Errungenschaften unserer Wissenschaft nur durch ein zähes, unentwegtes Zusammenwirken der Irrenärzte gezeitigt wurden, so müssen wir, um auch auf diesem Gebiete einen Fortschritt zu erreichen, zusammen arbeiten. Ein Einzelner von uns vermag nicht viel. Es muss uns gelingen, ein reiches Material zu sammeln, um das öffentliche Gewissen zu erregen, nicht aus Sensationslust, sondern um die Gesetzgeber, die wieder aus der gleichen Schule stammen wie die Juristen, zu zwingen, Fragen näher zu treten, die sie bisher in unverantwortlicher Weise ausser Acht gelassen haben.

Ist es denn, bei Lichte betrachtet, nicht geradezu unglaublich, dass gerade den Vertretern der juristischen Wissenschaft, speciell des Strafrechts, jede tiefere naturwissenschaftliche Bildung und Methode überhaupt abgeht? Nun hat aber jeder Untersuchungsrichter, jeder Staatsanwalt implicite gegenüber jedem Angeklagten die Diagnose auf geistige Gesundheit oder Krankheit zu stellen; schliesst doch jedes Strafgesetz die Verurtheilung eines Geisteskranken aus. Wohl mag auch hier das Gewohnheitsrecht, dass eben die Richter

*) Vortrag, gehalten in der Versammlung südwestdeutscher Psychiater am 3. XI. 01 zu Karlsruhe.



über diese Frage der geistigen Gesundheit entscheiden, Schuld daran sein, dass der psychiatrischen Wissenschaft hier noch nicht das Recht eingeräumt wurde, das ihr allein zukommen kann. Nach meiner Ueberzeugung kann es aber nur Sache des Richters sein, Recht zu sprechen. Das Material, das er hierzu braucht, muss ihm, wenn es sich dem Bereich seiner Kenntnisse entzieht, von dem Fachmanne geliefert werden. So wenig es dem Richter einfallen wird, auf Grund eigener Untersuchung zu entscheiden, ob ein Lebensmittel gefälscht ist oder nicht, so wenig würde er, wenn er die Schwierigkeit der Beurtheilung des Geisteszustandes eines Menschen kennen gelernt hätte, ohne Weiteres sich mit seinem eigenen Gutachten begnügen. Lesen Sie die Gerichtsverhandlungen, studieren Sie Processacten! Ueberall sind Sie erstaunt, mit welcher Leichtigkeit die Richter sich mit der Begründung der geistigen Gesundheit des Angeklagten abfinden, ja wie sie oft sogar solche Gründe dem Sachverständigen gegenüber geltend machen. Entsetzen ergreift den Psychiater, wenn er liest, wie leicht und schnell und auf was für Gründe hin selbst vom Laien diagnosticierte Schwachsinnige als Hauptbelastungszeugen in Processen vereidigt werden, wo es sich nicht nur um Bagatellen, sondern um Leben und Tod handelt. Was der erfahrenste Psychiater so schnell kaum zu beurtheilen wagen würde, die Richter thun es. In der Voruntersuchung genügt es ein Mal, dass sich kein Verdacht auf Geisteskrankheit geltend gemacht hat, weder dem verhaftenden Polizisten, noch dem Untersuchungsrichter, noch dem Staatsanwalt; das andere Mal ist selbst der Autorität des Gefangenenwärters an dem Angeklagten nichts aufgefallen und das dritte Mal hatte der Angeklagte sogar den Muth und wagte irgend etwas zu simulieren — nach dem Urtheil des Gefangenenwärters! Ich spreche hier im Allgemeinen von der Art und Weise, wie die Richter zu einem Gutachten über die geistige Gesundheit eines Angeklagten kommen — ich habe dabei keinen einzelnen Richter im Auge. M. H.! Auf Grund solcher Argumente für die geistige Gesundheit „scheut", wie von Liszt über die Strafe im Strafvollzug sagt, „der Staat nicht zurück vor den schwersten thatsächlichsten Eingriffen im Leben, Freiheit, Ehre, Vermögen der Rechtsgenossen, vor tief einschneidender, nicht nur nach Tagen, Wochen und Monaten, sondern, wenn es sein muss, nach Jahren und Jahrzehnten zählender Maassregelung — des Verbrechers. Und dabei schliesst das Gesetz eines jeden Kulturstaates die Bestrafung Geisteskranker doch aus! —

Wenn ich Sie, V. H. C., frage, ist das Vorgehen der Gerichte bei dem heutigen Stande der psychologischen und psychiatrischen Wissenschaft ein diesem entsprechendes, und ich Sie weiter frage, ist das nicht eine Rechtsunsicherheit, die in erster Linie unser Gewissen, das Gewissen der Sachverständigen in hohem Grade beunruhigen muss, so beantworte ich die Frage, indem ich sie stelle. Es ist klar, das Gewissen dessen, der sich der Wichtigkeit und Bedeutung einer Sache nicht bewusst werden kann, weil ihm die hierzu nöthigen Kenntnisse abgehen und abgehen müssen, kann nicht beunruhigt werden!

Verfolgen Sie die Gerichtsverhandlungen oder lesen Sie die Motivierung der Strafanträge der Staatsanwälte in den Acten! Welche — ich hebe dies hervor — unverschuldete Unkenntniss, welche selbst zurecht gelegten, aus eigenem Fonds geschöpften psychologischen Folgerungen, die jeder naturwissenschaftlichen Beobachtungsweise direct zuwider laufen! Lesen Sie nur diese Essays bei den psychiatrisch einfachsten Fällen, z. B. bei einem ganz einfachen hochgradigen Schwachsinn oder einem weit vorgeschrittenen Alkoholismus! Es ist unglaublich, mit welchen Begriffen da mit gewandter Dialektik vor den Geschworenen operiert wird. Widersprochen wird da natürlich nicht; aus Laien, wie sie selbst, besteht das Publikum, das ihre Aussprüche hört und liest.

Ich frage, dürfen wir Irrenärzte solche Ungeheuerlichkeiten weiter geschehen lassen? Wir, die wir die allein competenten Beurtheiler, ja ich möchte sagen, wir, die wir in diesen Fällen allein das öffentliche Gewissen repräsentieren? Um nicht missverstanden zu werden, drängt es mich, hier ganz ausdrücklich hervorzuheben, dass es mir ganz fern liegt, im Geringsten an der Objectivität, an dem Streben der Richter nach Wahrheit und Gerechtigkeit zu zweifeln. Mir ist nur daran gelegen, den Weg, den sie zur Wahrheit und Gerechtigkeit, die sie ja eifrigst suchen, führen soll, der Kritik zu unterwerfen.

Gehen wir nun etwas näher auf den Verlauf eines Processes ein und untersuchen, welche Stellung der Psychiatrie dabei zugewiesen wird. Hat weder der Polizist, noch der Gefangenenwärter, noch der Untersuchungsrichter, noch der Staatsanwalt Verdacht auf Geisteskrankheit geschöpft, so wird die Anklagebehörde in der Regel auch keinen schöpfen. Der Vertheidiger steht natürlich mit seiner Ausbildung auf der gleichen Stufe wie die Richter, und wenn er wirklich Verdacht schöpft, so steht zunächst er im Verdacht, als wolle er einen Advokatenkniff zur Anwendung bringen. Seinem Antrag auf Untersuchung des Geisteszustandes wird nur stattgegeben, wenn es ihm, dem Laien im Fach, gelungen ist, schon ein



greifbares Verdachtsmoment aufzudecken. Gelingt dies nicht, so bleibt es beim juristischen implicite gegebenen Gutachten — eine Untersuchung findet nicht statt. Das ist die Gerichtspraxis in der ganzen Schweiz, so weit ich wenigstens orientiert bin; in Deutschland muss dem Antrag der Vertheidigung auf Untersuchung des geistigen Zustandes eines Angeklagten ohne Weiteres stattgegeben werden. Das ist wenigstens ein Fortschritt. Doch stossen die Vertheidiger, eben in Folge der mangelhaften Voruntersuchung, auf Schwierigkeiten. Habe ich doch sogar in einer deutschen Zeitung gelesen, dass ein Präsident einer Schwurgerichtsverhandlung dem Aussetzantrag des Vertheidigers behufs Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten mit den Worten entgegnete: „Es ist Mode geworden, jeden Angeklagten für geisteskrank zu erklären". Dem Aussetzungsantrag musste stattgegeben werden und es stellte sich heraus, der Angeklagte war geisteskrank, so dass die Staatsanwaltschaft die Klage selbst fallen liess. Nehmen wir nun aber an, das Gericht beschliesst die Untersuchung und Begutachtung — ein immerhin relativ sehr seltenes Ereigniss, — so hat es natürlich freie Wahl in der Bestimmung des Experten. Um das Verfahren billiger und einfacher zu machen, werden unsere Gerichtsärzte mit diesem Amte betraut. Sie gehen 2, auch 3, auch 4 Mal, auch öfters in das Untersuchungsgefängniss, machen ihre Beobachtungen, studieren die Acten und geben ihr Gutachten ab. — Es erhebt sich die Frage, sind unsere Gerichtsärzte competent, derartige Gutachten abzugeben? Sie werden einstimmig mit mir diese Frage verneinen. Auch wenn jetzt im Staatsexamen die Psychiatrie obligatorisches Prüfungsfach geworden ist, so ist es unmöglich, dass der Arzt, der keine weitere fachmännische Ausbildung genossen hat, in der kurzen Studienzeit, in der er Gelegenheit hatte, sich psychiatrische Kenntnisse zu erwerben, so weit gekommen ist, alle vorkommenden Fälle psychiatrisch zu erforschen und zu begutachten. Die Gerichtsärzte kommen den Aufträgen der Gerichte nach bestem Wissen und Gewissen nach — daran lässt sich nicht zweifeln. Aber auch ihnen wird die Aufgabe leicht, weil sie die Schwierigkeiten der Begutachtung nicht zu ermessen vermögen. Wer von uns würde es nach einem oder wenn auch mehrmaligem Besuche des Angeklagten im Untersuchungsgefängniss, wo kein geschultes Personal zur Verfügung steht, auf sich nehmen, ein so schwerwiegendes Gutachten abzugeben? —

Liegt so ein grosser Uebelstand zu Tage, so wird dieser dann, wenn eine Oberexpertise durch einen wirklichen Fachmann stattgefunden hat, noch greller in der Gerichtsverhandlung und zwar dann, wenn der Fachmann zu einem anderen Resultat gekommen ist als der Gerichtsarzt, der der gewohnte Experte und Vertrauensmann der Richter ist. Da spielen sich dann im Gerichtssaal die Discussionen ab, die in der Regel den Staatsanwälten im Plaidoyer den Stoff zu den schönsten dialektischen psychologischen und psychiatrischen Redewendungen liefern, die ihren Eindruck auf die Geschworenen nie versagen. — Recht eigenthümlich ist die Auffassung der Stellung einzelner Staatsanwälte — ich kenne auch Ausnahmen — gegenüber psychiatrischen Gutachten.

Gestatten Sie mir nochmals auf das Beispiel einer chemischen Expertise zurückzugreifen. Hier ist die Expertise für den Richter maassgebend — wenn ihm auch gesetzlich das Recht der freien Würdigung zusteht. Bei einer psychiatrischen Expertise liegt die Sache schon anders: Wer einen Dummkopf von einem intelligenten Menschen unterscheiden kann, der hält sich schon für einen perfekten Psychologen. Es lässt sich nicht leugnen, die Richter haben Gelegenheit, sich praktisch ein grosses Maass von Menschenkenntniss anzueignen. Da ihnen aber nach ihrer ganzen Ausbildung während ihrer Studienzeit die wissenschaftliche Psychologie und Psychiatrie ein Buch mit 7 Siegeln sein muss und ihnen überhaupt die richtige Schulung fehlt, um ein wissenschaftliches psychiatrisches Gutachten voll zu würdigen, so verharren sie lieber bei ihrer Appellation an den eigenen gesunden Menschenverstand. Sie wählen den Experten als Vertrauensmann; dieser beschwört sein Gutachten, der Richter, der es meist nicht einmal verstehen kann, dank seines Bildungsganges, setzt sich einfach darüber hinweg und das nennt man bei dem heutigen Stande der Wissenschaft — moderne Rechtspflege! Gehen wir noch weiter! Der Fachmann, — der wirkliche Fachmann — hat sein Gutachten abgegeben und beschworen. Der Richter oder die Anklagekammer acceptirt dasselbe nicht, sie verlangt ein Obergutachten — selbstverständlich, meinen Sie, von einem Fachmann — nein von einer Sanitätsbehörde oder von einer Fakultät in der meist gar kein Psychiater oder wenn es gut geht, ein einziger Sitz und Stimme hat. —

V. H. C.! Ich meine, gegen eine solche Rechtspflege müssen wir Protest erheben und wir können es im Interesse der Wahrheit und des Rechts auf Grund der von uns vertretenen Wissenschaft nicht energisch genug thun.

Studieren wir nun aber die Prozesssachen selbst! Da fällt uns der Mangel jeder naturwissenschaftlichen und individualisirenden Methode auf. Die ganze Untersuchung ist darauf gerichtet, den Thatbestand des Verbrechens festzustellen. Natürlich dem Juristen liegt es fern zu untersuchen, wie der Angeklagte zum



Verbrechen kam, welches seine Gehirnanlage war, wie sie sich entwickelt hat und welchen äusseren Einflüssen sie unterlag. Es ist richtig, das wäre die naturwissenschaftliche Methode — diese geht den Juristen aber nichts an. Ihn interessirt der Thatbestand und die Gesetzesparagraphen, die angewandt werden müssen, um das Verbrechen zu sühnen. Ist der Verbrecher verurtheilt, so hört das juristische Interesse auf, es hat die Schablone des Strafvollzugs das Wort und wenn auch jeder Richter sich sagt, aus dem Zuchthaus kommt niemand gebessert heraus, die Schablone bleibt. Wie der Geisteszustand des Verbrechers während des Strafvollzugs sich verhält, das ist einerlei. Diese ausserordentlich wichtige Zeit zur Beobachtung und zum Studium des Verbrechers, der nun eine Nummer geworden ist, sie dient nur zur Sühne. Der Verbrecher hat 2 Pflichten: zu arbeiten und zu schweigen. Von individualisirender Behandlung keine Spur. Er wird entlassen, wenn seine Strafzeit vorüber ist; sein Zustand interessirt niemanden. Er begeht wieder ein Verbrechen — die Formalitäten beginnen von neuem und das kann 30 oder 40 Mal so gehen — im Namen des Rechts geht das nach der Schablone so fort. Kein Schimmer irgend welcher Wissenschaftlichkeit, kein Hauch wahrer Menschenliebe, kein ernster methodischer Versuch psychischer Einwirkung. Sind die Erfolge auch gering, gesteht man sich die Schwäche des Systems ein — kein Versuch einer Aenderung — es bleibt bei der Schablone. Wir müssen die Juristen zwingen, sich mit den Errungenschaften unserer Wissenschaft vertraut zu machen, aber nicht nur allein im Interesse von Wahrheit und Recht: durch ein richtiges, durch wahre Wissenschaftlichkeit diktirtes gemeinsames Streben haben wir gemeinsame Arbeitsfelder zu bebauen: die Kriminalbiologie, die nach meiner Ansicht seither schon mehr ein Zweig psychiatrischer Forschung war und auch bleiben wird und die Kriminalsociologie, die eher der juristischen Forschung vorbehalten bleibt — beide zusammen machen die Kriminologie aus: die Wissenschaft, die dazu berufen ist, die furchtbarste Erscheinung im menschlichen Leben: das Verbrechen auf wissenschaftlicher Basis zu bekämpfen. Wie viele Güter am Leben, Gesundheit und Besitz hätte der Staat schon schützen können, wenn es den Richtern möglich wäre, die geisteskranken Verbrecher zu erkennen und nach den Forderungen der psychiatrischen Wissenschaft zu behandeln. Die Richter können sie nicht erkennen, es fehlen ihnen die naturwissenschaftlichen Kenntnisse hierzu. An uns aber ist es, die Forderungen aufzustellen und mit aller Energie für deren Geltendmachung zu arbeiten, die Forderungen, die unserer Wissenschaft die Stellung im Rechtsleben der Völker verschaffen, die sie in dessen eigenstem Interesse erheischt.

Nicht zuletzt aber würde auch unsere Anstaltsthätigkeit sich anders gestalten, wenn gerade die Beamten, denen die Aufsicht über unsere Anstalten jetzt zusteht, durch ihren Bildungsgang schon mehr psychiatrisches Verständniss gewinnen würden. Wir würden endlich das erreichen, was wir schon lange fordern: dass die Oberaufsicht über die Geisteskranken nicht mehr Juristen, sondern wirklichen Fachmännern übertragen würde und dass dann das öffentliche Vertrauen den Anstaltsdirektoren in gleicher Weise und mit gleichem Recht zu theil würde wie den Richtern und den Staatsanwälten.

Ich möchte das, was wir zunächst anstreben müssen, in folgende Postulate zusammenfassen:

1. Wir müssen verlangen, dass bei der Ausbildung der Juristen die Psychologie und Psychiatrie so weit berücksichtigt werden, dass sie als Richter befähigt sind, den Verbrecher wissenschaftlich zu verstehen und fachmännische Gutachten zu würdigen. Es sollten hierzu die Anstaltsdirektoren, besonders natürlich die Universitätsprofessoren besondere praktische Kurse ertheilen, wie das durch Prof. Kraepelin in Heidelberg und Prof. v. Speyr in Bern schon geschieht.

2. Der Staat hat die Pflicht, da er nur Verbrechen, die in zurechnungsfähigem Zustand begangen werden, ahndet, den Strafprozess nur mit den Garantien sich vollziehen zu lassen, die mit Sicherheit einen Strafvollzug an Unzurechnungsfähigen ausschliessen: dies ist nur dadurch möglich, dass den Untersuchungsbehörden die nöthige Zahl wirklicher und erfahrener psychiatrischer Fachmänner beigegeben wird. Wie es Pflicht des Staates ist, alle erlaubten Mittel anzuwenden, um den Verbrecher in seine Gewalt zu bekommen, so muss es auch seine Pflicht sein, kein Mittel ausser Acht zu lassen, um nur den Verbrecher zu verurtheilen, der in zurechnungsfähigem Zustand gehandelt hat.

3. Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit kann nur Aufgabe des Psychiaters, niemals des Richters sein. Es ist absolut unzulässig, dass diese Aufgabe Aerzten überwiesen wird, die nicht eine genügende specielle Ausbildung durch mehrjährige Thätigkeit an einer staatlichen Irrenanstalt genossen haben.

4. Die Untersuchung auf den Geisteszustand eines Angeklagten kann nur in fachmännisch geleiteten Anstalten oder in entsprechenden Abtheilungen eines Untersuchungsgefängnisses vorgenommen werden.

5. Die fachmännischen Gutachten unterliegen nicht der freien Würdigung der Richter in so weit, als



bei der Versetzung in Anklagezustand nach fachmännischem Beweis Unzurechnungsfähigkeit vorliegt.

6. Die Richter können ein Gutachten ablehnen, müsen aber eine Oberexpertise einholen Mit der Oberexpertise können nur Fachmänner, eventuell mit Beiziehung von Juristen betraut werden.

7. Die Frage der Unzurechnungsfähigkeit wie die der verminderten Zurechnungsfähigkeit kann nicht dem Wahrspruch der Geschworenen überwiesen werden.

8. Jedem Antrage auf Untersuchung des Geisteszustandes eines Angeklagten ist ohne Weiteres stattzugeben.

Ich erachte es als unsere Pflicht, alles Material zu sammeln, das die Schäden der heutigen Rechtssprechung in Folge des Ausseracht1assens der psychiatrischen Forderungen aufdeckt. Wir sollten eine Centralstelle haben, die dieses Material sichtet und publicirt. — Wir Psychiater müssen, wenn wir der hehren Aufgabe unseres Berufes, die sich meines Erachtens nicht hinter den Mauern unserer Anstalten allein erfüllen lässt, genügen wollen, überall, wo es uns möglich ist, die Entstehung der Geisteskrankheiten bekämpfen; wir müssen unsere Kranken schützen und nicht zu allerletzt muss es auch unsere Pflicht sein, unsere Mitmenschen vor den Geisteskranken, besonders vor den verbrecherischen, zu schützen. Unsere Wissenschaft greift in die wichtigsten Interessen des öffentlichen Lebens ein; an uns liegt es, ihr im öffentlichen Leben die Stellung zu erringen, die ihr gebührt im Interesse der Gesundheit der Völker wie der Rechtssicherheit. —

Zur Behandlung der akuten Erregungszustände.

Von *Dr. M. Sander*, Frankfurt a. M.

(Schluss.)

Trotz aller Bemühungen war es uns aber bisher nicht möglich, die Isolirung völlig zu vermeiden, wir treffen doch immer wieder auf einzelne Fälle, bei denen wir uns nach reiflicher Ueberlegung zu vorübergehender Isolirung entschliessen müssen. Wenn wir auch nicht soweit gegangen sind, wie es Hoppe bei einem Fall kürzlich beschrieben hat, so sind wir doch häufig an die äusserste Grenze dessen gegangen, was man Personal und Mitpatienten noch zumuthen, was man an Zerstörung von Material noch gestatten kann, ehe wir uns zur Isolirung entschlossen. Es lag uns eben daran, ein Urtheil darüber zu gewinnen, ob man die Isolirung völlig vermeiden kann. Schliesslich haben wir uns immer wieder davon überzeugt, dass es vereinzelte Fälle giebt, bei denen die Isolirung den mildesten und schonendsten therapeutischen Eingriff bildet, nachdem alle andern Mittel erschöpft sind. Abgesehen vom Delirium tremens, wo wir während der Nachtzeit oft isoliren müssen, sind es hauptsächlich gewisse hysterische und epileptische Zustände, einzelne schwere Manien und mitunter agitierte Melancholien, die hierbei in Betracht kommen. Wo, wie in der Frankfurter Anstalt, jeder einzelne Fall von Isolirung nur auf Grund strengster Indikationen vorgenommen wird, nachdem alle andern legalen Mittel erschöpft sind, kann ich hierin ebensowenig die Durchbrechung eines Principes sehen, wie etwa die vorübergehende Anwendung der Zwangsjacke bei chirurgischen Affectionen eine Durchbrechung des no-restraint bedeutet. Mit der Art und Weise wie man früher und noch jetzt in einzelnen Anstalten die Isolirung handhabt, dass man erregte Kranke auf Tage und Wochen in die Zelle einsperrt, um sich ihrer auf die beste Art zu entledigen, hat diese Methode nichts zu thun.

Vielleicht, dass es bei geeigneten baulichen Einrichtungen und genügendem Personal möglich ist, auch in diesen Fällen späterhin noch die Isolirung zu vermeiden, zur Zeit können wir dieselbe für einzelne Fälle nicht entbehren, die Zahl und Art der aufzunehmenden Kranken spricht dabei selbstverständlich erheblich mit.

Hier und da giebt es Zustände hochgradiger Tobsucht — es sind die schwersten Formen des Delirium acutum — bei denen Bäder und Einpackungen nicht anwendbar sind und wo auch Narkotica aus den oben angeführten Gründen durchaus kontraindiciert erscheinen. Isolirt man derartige Kranke, so kann man in vielen Fällen mit Sicherheit voraussagen, dass sie innerhalb weniger Tage infolge der Verletzungen, die sie sich in der Zelle zufügen, durch Phlegmonen, Decubitus u. dgl. zu Grunde gehen. In derartigen ganz verzweifelten Fällen, wo eine absolute indicatio vitalis besteht, entschliessen wir uns zur Anwendung mechanischer Zwangsmittel, ebenso wie in den Fällen, wo infolge chirurgischer Affectionen Lebensgefahr vorhanden ist. In solchen Fällen aus principiellen Gründen den mechanischen Zwang zu verwerfen, können wir nicht billigen, da es sich ja hierbei stets um das Leben des Kranken handelt. Selbst-



verständlich muss ein derartiger Kranker während der Dauer des mechanischen Zwanges beständig unter Bewachung stehen und die Art der Befestigung muss derartig sein, dass sie für den Kranken selbst völlig unschädlich ist. Ich glaube, dass die in der Frankfurter Anstalt übliche Methode des „Festlegens im Bett" eine der mildesten und schonendsten Formen für einen derartigen Eingriff darstellt.

Sehr frühzeitig entschliessen wir uns bei schweren Errregungszuständen zur Sondenfütterung. Da es sich meist gleichzeitig um tiefe Verwirrtheitszustände handelt, bei denen ein schädlicher Einfluss auf die Psychose selbst durch derartige Eingriffe nicht zu erwarten steht, andernfalls aber die Erfahrung lehrt, dass bei schweren Erregungszuständen und gleichzeitiger Unterernährung schon sehr frühzeitig Collapszustände eintreten, die oft schon in wenigen Tagen zum Tode führen, so beginnen wir häufig schon am 2. und 3. Tage nach der Einlieferung mit der Sondenernährung. Wir sind dabei von der alten Methode bei der die zugeführte Nahrung im wesentliche nur aus Milch und Eiern bestand, allmählich ganz abgekommen und geben jetzt meist die regelmässige Krankenkost, indem wir Fleisch und Gemüse aufs Feinste gewiegt und sodann in einer Bouillon verrührt, durch ein feines Haarsieb pressen. Dieser so gewonnene Speisebrei, dem nach Bedarf noch Eier, Butter, Fleischsaft oder Nährpräparate beigefügt werden können, wird sodann durch die Schlundsonde eingeführt. Zu andern Mahlzeiten werden Cakao mit Milch abgekocht, Leguminose und alle Arten von Suppen mit entsprechenden Zuthaten gegeben. Der Vortheil, der durch eine derartige abwechslungsreiche Sondenernährung erreicht wird, ist zu eindeutig, als dass ich näher darauf einzugehen brauchte, die starke Gewichtszunahme der Kranken bei dieser Methode, das Fehlen jeglicher skorbutähnlicher Erscheinungen trotz lange fortgesetzter Sondenfütterungen zeigen uns, dass wir uns mit dieser Methode auf dem richtigen Wege befinden.

Sehr vortheilhaft erscheint uns auch bei den schwersten Erregungszuständen die Anwendung der subkutanen Kochsalzinfusionen, die die Sondenernährung in wirksamster Weise unterstützen, häufig schon für sich allein einen günstigen Allgemeinzustand und reichliche spontane Nahrungsaufnahme herbeiführen. Wer sich erst einmal von der günstigen Wirkung der Kochsalzinfusionen beim Delirium acutum überzeugt hat, wird dieselben bei der Behandlung dieser Zustände nie mehr vermissen wollen. Wir geben 6—800 gr. physiologischer Kochsalzlösung von 40° C. 1—2 mal täglich subkutan und haben trotz zahlreicher Infusionen selbst bei hochgradig erregten Kranken bisher nie einen Nachtheil davon gesehen. Als Gefäss für die Infusionen benutzen wir einen gewöhnlichen Glasirrigator mit Maasseintheilung, die völlig aseptischen Infusionsnadeln werden stets unmittelbar vor dem Gebrauch in einem ebenfalls aseptisch zu haltenden Metallbehälter ausgekocht, alle für die Infusionen verwandten Gefässe und Schläuche werden nur zu diesem Zwecke benutzt und nach dem Gebrauch sofort auf das Sorgfältigste verschlossen. Unter diesen Vorsichtsmaassregeln haben wir bisher nie eine von der Infusionsstelle ausgehende Infection erlebt.

Auch bei anderen acuten Psychosen haben wir in letzter Zeit in umfangreichem Maasse Kochsalzinfusionen angewandt, sind aber über den Werth derselben bei den einzelnen Formen noch zu keinem abschliessenden Resultate gelangt, bei den mit tiefen Ernährungsstörungen einhergehenden schwersten Erregungszuständen dürfte dagegen der Werth derselben unbestritten sein. Durch frühzeitige Sondenernährung in Verbindung mit Kochsalzinfusionen ist es uns in den letzten Jahren gelungen, einzelne schwerste Fälle von acuten Erregungszuständen durchzubringen, die unter dem früher üblichen abwartenden Verhalten mit Sicherheit zu Grunde gegangen wären.

Die Methoden, die ich soeben geschildert habe, bilden nur einen kleinen Theil von dem, was bei der Behandlung von Erregungszuständen geschehen kann. Das grosse Gebiet der psychischen Beeinflussung durch Beseitigung aller reizenden Momente durch Ablenkung, durch Beschäftigung, durch geeignete bauliche Einrichtungen habe ich gar nicht berührt. Wo man noch genöthigt ist, wie in den meisten älteren Anstalten, alle unruhigen Elemente auf einer Abtheilung zusammen zu bringen, die acut Erkrankten mit chronischen degenerirten Kranken zusammenzulegen, wo man noch auf zahlreiche unruhige Kranke höchstens 1—2 Bäder zur Verfügung hat, häufig auch noch durch Mangel an Personal gebunden ist, da wird man nicht erwarten dürfen, bei der Behandlung der Erregungszustände wesentliche Erfolge zu erzielen. Umsomehr muss man darauf halten, dass wenigstens bei Neubauten die dem heutigen Stande unserer Wissenschaft entsprechenden Einrichtungen getroffen werden.

Das Idealste wäre ja, wenn man die erregten Kranken, die sich in der Regel gegenseitig ungünstig beeinflussen, auf die einzelnen Ueberwachungsabtheilungen unter den ruhigeren Elementen gleichmässig vertheilen könnte, was bei besonders günstigen baulichen Einrichtungen nicht unmöglich erscheint.



Bei den meisten Anstalten wird man aber schon in Hinsicht auf die andern Kranken genöthigt sein, die unruhigen und störenden Elemente auf besonderen hierfür bestimmten Abtheilungen zu vereinigen. Ich denke mir eine derartige Abtheilung für Unruhige aus 1—2 kleineren Wachsälen bestehend, jeder höchstens 8—10 Betten enthaltend und an diese angeschlossen ein geräumiger Aufenthaltssaal für die ausser Bett befindlichen Kranken. Auch müssen mehrere mit den Wachsälen in Verbindung stehende Einzelzimmer und ein geräumiges, bequem zu erreichendes Badezimmer mit den oben beschriebenen Einrichtungen vorhanden sein. Die Zahl der eigentlichen Isolirräume kann bei geeigneter baulicher Anlage verschwindend klein gerechnet werden, man wird selbst bei grossem Zugang nur selten in die Lage kommen, dieselben benützen zu müssen. Dass unter solchen günstigen Verhältnissen bei einer gleichzeitig sachgemässen und streng individuellen Behandlung die Erregungszustände weit milder und günstiger verlaufen wie früher, wird nur der bezweifeln, der diese Methoden nicht aus eigener Anschauung kennen gelernt hat, ja, wir dürfen hoffen, dass wir durch derartige Heilmethoden nicht nur Symptome mildern, sondern auch den Krankheitsprocess direct in günstigem Sinne beeinflussen können.

Mittheilungen.

— Am 8. November hielt **der Hülfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz** in Köln seine erste Hauptversammlung ab, zu der eine stattliche Anzahl Mitglieder, u. A. der Landeshauptmann der Rheinprovinz, Geh. Oberregierungsrath Dr. Klein und der Landespsychiater Geh. Sanitätsrath Dr. Oebeke erschienen waren.

Die Anregung zur Gründung des Vereins, die Direktor Dr. Brosius (Sayn) in dem psychiatrischen Verein der Rheinprovinz im vorigen Jahre gegeben hatte, ist, wie der Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Peretti (Grafenberg) in seinem Bericht über die Ergebnisse der bisherigen Thätigkeit des Vereins hervorhob, auf guten Boden gefallen. Der junge Verein fand dankenswerthe Unterstützung bei den staatlichen und kirchlichen Behörden und der Provinzial-Ausschuss bewilligte einen einmaligen Beitrag von 3000 M. und einen Jahresbeitrag von 300 M. Aber auch aus anderen Kreisen gingen namhafte Beiträge ein und der Verein zählt schon 2700 Mitglieder. Der Vorsitzende konnte seinen Bericht mit dem Ausdrucke der Zuversicht schliessen, dass der Verein einer erfolgreichen Zukunft entgegengehen werde.

Als zweiter Punkt der Tagesordnung folgte ein Vortrag von Geheimrath Prof. Dr. Pelman (Bonn) „über Zweck und Ziele der Irrenhülfsvereine.“ Er ging von den Fortschritten aus, welche die öffentliche Irrenfürsorge in den letzten 25 Jahren in der Rheinprovinz zu verzeichnen hat; statt der einzigen Heilanstalt Siegburg zählt die Rheinprovinz jetzt 6 Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten und mit dem Bau der 7. wird demnächst begonnen. Man kann annehmen, dass die Rheinprovinz mit ihren annähernd 6 Millionen Einwohnern ungefähr 24000 Geisteskranke aufweist. Nicht alle sind anstaltspflegebedürftig, einer Fürsorge sind aber grade viele der nicht in den Anstalten untergebrachten Geisteskranken bedürftig. Die Thätigkeit der Hülfsvereine soll sich auf alle Geisteskranken erstrecken, ihre Aufgabe ist, durch Unterstützung mit Geldmitteln da einzutreten, wo die Familie durch die Geisteskrankheit eines Angehörigen in missliche Verhältnisse gerathen ist, ferner den aus der Anstalt Entlassenen mit Rath und That beizustehen, wenn sie in die ungünstigen Verhältnisse zurückkehren, denen vielleicht die Hauptschuld an der Erkrankung beizumessen war. Aber auch die thörichten Urtheile gegen Geisteskranke und gegen die Anstalten zu zerstreuen, ist Ziel der Hülfsvereine. Wenn die Psychiatrie im Publikum nicht das richtige Verständniss findet, so liegt dies nicht zum Wenigsten daran, dass die Wissenschaft grade in der letzten Zeit so überaus rasche Fortschritte gemacht hat und die Oeffentlichkeit ihr zu langsam gefolgt ist. Schliesslich kann der Hülfsverein durch seine Vertrauenspersonen dazu mithelfen, den Anstalten ein brauchbares und tüchtiges Pflegepersonal zu gewinnen. Der Redner schloss mit der Bitte an die Versammelten, nach Kräften für die guten Zwecke des Vereins und seine Ausbreitung einzutreten.

Nach diesem, von der Versammlung mit Dank und Beifall aufgenommenen Vortrag wurde in die Berathung der Satzungen eingetreten und der Wortlaut derselben nach eingehender Debatte endgültig festgestellt.

Auf Vorschlag von Geheimrath Professor Dr. Pelman und unter lebhafter Zustimmung der Versammlung wurde Dr. Brosius, der als der geistige Vater des Vereins angesehen ist und diesem von vornherein eine namhafte Geldspende zukommen liess, zum ersten Ehrenmitgliede des Vereins gewählt.

Zum Schluss erfolge die Wahl von 20 (für jeden Regierungsbezirk der Provinz 4) Mitglieder in den Ausschuss, dem ausserdem die Direktoren der 6 Rheinischen Provinzial-Heil und Pflegeanstalten angehören.

Referate.

— Rathmann. Ueber die nach Schädeltrauma eintretenden psychischen Störungen. Vierteljahrschr. für gerichtliche Medizin etc. Jahrgang 1901. 3. Heft.

R. hat die in den Jahren 1890—99 in der Provinzial-Irren-Anstalt Bonn beobachteten Fälle von nach Schädeltrauma entstandenen Psychosen zusammengestellt. Es sind 44 M. und 7 Fr., vertheilt auf 3635 Aufnahmen, d. i. 1,4% derselben. Gezählt



wurden nur solche Fälle, welche nicht länger als 5 Jahre nach dem Trauma erkrankt waren, es müssten denn bei grösseren Zwischenräumen die Prodromalsymptome schon früher aufgetreten sein. Unter den 51 Fällen waren nur 6 „akute primäre", dagegen 45 „sekundäre traumatische" Psychosen; R. glaubt aber, dass die akuten im Allgemeinen häufiger seien, da viele derselben in den chirurgischen Kliniken zurückblieben. Ein eigentliches, charakteristisches Irresein nach Trauma giebt es nach R. nicht, indess beobachtete er, dass bei Allen neben erhöhter Reizbarkeit Neigung zur Demenz bestehe, wie es auch bemerkenswerth erscheint, dass dort, wo eine frühere traumatische Psychose später recidiviert, stets Demenz eintritt. Besonders auffallend und von Interesse sind die Gedächtnissstörungen, welche ja bekanntermaassen auch schon bei leichteren Gehirnerschütterungen ohne Psychose nicht selten beobachtet werden. Auch Intoleranz gegen Alkohol wurde oft bemerkt. — Unter den 51 Fällen kam vor: Manie (?) 3 mal, Melancholie 6 mal, Paranoia 17 mal, primäre Verwirrtheit 4 mal, cirkuläres Irresein 1 mal, Dementia progressiva 13 mal (?), Dementia paralytica 5 mal, epileptisches Irresein 2 mal. Mehrfach kamen auch mehrere ätiologische Faktoren in Frage, z. B. Lues, Erblichkeit. Die im Allgemeinen für die „sekundären" Fälle nicht günstige Prognose verschlechtert sich mit der Schwere der Gehirnerschütterung. Es wurden 9 Kranke gebessert, 11 geheilt (von den 6 „akuten" 5!). Ein Recidiv tritt öfters ein. Eine relativ günstigere Prognose sollen erblich belastete Individuen besitzen. Was die Sektion anlangt, so wird diese wohl kaum jemals charakteristische Befunde liefern, dafür sind die Sektionsergebnisse bei den einzelnen Psychosen — von Dem. paral. abgesehen — zu wenig different; auch die bei Gehirnerschütterungen gesetzten feineren Strukturveränderungen sind wahrscheinlich auch längst verwischt. Von hohem Interesse sind jene Fälle, in denen sich ein tumor cerebri ausbildet. Dem einen hier beobachteten werden 2 weitere derartige werthvolle Fälle angereiht von tumor cerebri nach Trauma.

Kellner (Hubertusburg).

— E. Meyer. Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1901. XXXI.

Unter 1004 geisteskranken Frauen der Tübinger Klinik fand M. 51 Fälle von Wochenbetts- (33) und Laktationspsychosen (18). Schwangerschaftspsychosen waren ausgeschlossen. Von den Puerperalpsychosen waren 17 in der 1., 16 in der 2.—6. Woche erkrankt. — 11 mal fand sich Melancholie, deren Verlauf, Dauer und Ausgang mit dem sonstigen Bild der Melancholie identisch war, 8 davon wurden gesund. Ein Hinweis auf manisch-depressives Irresein lag nicht vor. Von den 4 Fällen periodischer Melancholie schloss sich 1 an den Tod eines Kindes, 1 an Mastitis an. 3 Fälle zeigten ein cirkuläres, 5 paranoisches Irresein. Die Fälle von akuter Verwirrtheit (9) sind jedenfalls die interessantesten, je 1 entstand im Anschluss an Typhus, Tuberkulose, doppelseitige Parametritis (diese heilte nach 3 Monaten); 2 von den stets mit Sinnestäuschungen komplizirten Fällen ähnelten der Katatonie. — Den Letzteren zählen 14 Fälle zu, wobei M. betont, dass katatonische Erscheinungen durchaus auch bei anderen Krankheitsbildern vorkommen. Die Katatonien boten eine gewisse Aehnlichkeit mit dem hallucinatorischen Irresein der Wöchnerinnen (Fürstner); von ihnen entstanden 3 in der 1., 5 in der 3.—6. Woche, 6 während der Laktation. 3 sind zwar läppisch und zerfahren, werden aber in der Heimath als „ziemlich gesund" angesehen, die übrigen verliefen ungünstig. Im Gegensatz zu der puerperalen hält M. die Prognose bei der nicht puerperalen Katatonie für nicht allzu ungünstig; prognostisch ungünstig dürfte stets länger andauernder Stupor sein.

Im Allgemeinen scheinen M. für einen Theil der Fälle Wochenbett und Laktation nur eine Gelegenheitsursache zu sein, während zuweilen mehrere ätiologische Faktoren zusammentreffen. Wenn auch nur 6 mal eine puerperale Infektion im Spiele ist, so dürfte dieser vielleicht eine grössere Rolle zukommen, sobald stets eine gynäkologische Untersuchung stattfindet, welche hier öfters fehlte. 5 mal fand sich Mastitis, 3 mal Lungentuberkulose, 1 mal Typhus; ausserdem fand sich 29 mal erbliche Belastung; 12 mal war psychische Erschütterung, 8 mal schlechte Ernährung notiert. Bemerkenswerth erscheint vor Allem die Häufigkeit der Katatonie und Hebephrenie. — M. kommt zum Schluss, dass für eine puerperale Psychose, spezifisch nach Dauer, Prognose oder Erscheinungsweise, nichts spreche, und dass Olshausen's Eintheilung in Infektionsidiopathische- und Intoxikationspsychosen nicht geeignet erscheine.

Kellner (Hubertusburg).

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

The Journ. of Mental Science Oct. 1901:

R. R. Leeper, Three Cases of Melancholia with Symptoms of Unusual Clinical Interest.

L. Harris Liston, Two Cases of Syphilitic Idiocy.

J. M. S. Wood, and A. R. Urquhart, A Family Tree illustrative of Insanity and Suicide.

A. Herbert Spicer, A Case of Spontaneous Fracture.

Annal. méd-psychol. 1901 Nov.—Dez.:

Pierre Gannouchkine, La volupté, la cruauté et la religion.

Viallon, Suicide et folie (suite).

L. Naupate, Du langage chez les idiots (suite).

Samuel Garnier, De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être (1 article).

Personalnachrichten.

— Sanitätsrath Dr. Fries, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben ist der Titel Geheimer Sanitätsrath verliehen worden.

— Dr. Weichelt, bisher leitender Arzt der Irrenpflegeanstalt St. Thomas bei Andernach a. Rh., wurde zum Director derselben ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 38. 14. December. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.

Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.

Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Irrenpflege und Tuberculose.*)

Von *Dr. Jos. Starlinger*, Primararzt der n.-öst. Landes-Irrenanstalt in Wien.

Das wachsende Interesse, mit dem die ganze civilisirte Welt gegenwärtig die Tuberculosenfrage begleitet, macht schon natürlicherweise auch für die Irrenpflege dieses Thema wieder actueller, abgesehen davon, dass von Seiten der Irrenanstalten dieser Frage stets eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Ursache liegt einerseits in der Wichtigkeit an sich und in der speciellen Bedeutung für die Krankenanstalten insbesonders. Für die Irrenanstalten bietet die Gegenwart noch einige weitere Umstände, die für die practische Lösung von wesentlichem Einflusse sein müssen, weshalb für dieselbe die Erörterung dieses Themas um so zeitgemässer anzusehen ist.

Fürs erste kommt das herrschende Bausystem, der Pavillonstyl, ohne Schwierigkeit und besondere Opfer der Hauptforderung einer modernen Tuberculosen-Fürsorge der Separation von selbst schon entgegen, dann leitet das jetzige Streben der individualisirenden Behandlung direct auch auf die Tuberculose hin, zum mindesten mit eben demselben Rechte, mit dem man heute schon Epileptiker, Idioten, Trinker etc. aus dem allgemeinen Anstaltsregime ausscheidet. Endlich muss der allgemeine Auf- und Umschwung des Anstaltswesens, die vielen Neu- und Zubauten allerorts auch der Durchführung der langjährigen Forderungen der Tuberculosen-Pflege in den I.-A. augenscheinlich zu gute kommen.

Meines Erachtens bedeutet die Versorgung und Behandlung der tuberculosen Geisteskranken nichts anderes als den Ausbau des Anstaltsregimes überhaupt und ist lediglich eine Folge desselben. Ich glaube es unterliegt keinem Zweifel, dass die Zukunft des Anstaltswesens in dessen fortschreitender Specialisirung und Individualisirung beruht. Man sucht mit Recht die I.-A. nach dem Muster der sonstigen Krankenhäuser zu modifiziren, warum soll man nicht auch aus deren Geschichte zu lernen und zu profitiren streben. Auch die Geschichte der Krankenhäuser zeigt uns als rothen Faden die zunehmende Specialisirung und aus der anfänglichen Zweitheilung in innere und äussere (resp. chirurg.) Abtheilung sind längst eine Reihe Unterabtheilungen entstanden. Ich glaube deshalb nicht fehl zu gehen, wenn ich diese Entwicklung auch für unsere Irrenanstalten prophezeie und in der Specialisirung die Zukunft erblicke.

Deshalb habe ich auch die volle Ueberzeugung,

*) Vortrag, gehalten bei der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien. Oktober 1901.



wenn die tuberculösen Geisteskranken nicht jetzt schon entsprechend und getrennt behandelt werden, dass das über Kurz oder Lang sich sicher einstellen wird und dass jene Anstalten, die derzeit im Neu- oder Umbau begriffen sind und dieser Forderung nicht Rechnung tragen, bereits in eben dieser Zeit sich dieser Forderung werden unterziehen müssen, wollen sie wirklich neu und modern genannt werden.

Bisher ist in der I.-A. die Praxis puncto Tuberculose erheblich nicht bloss hinter den theoretischen Forderungen im allgemeinen zurückgeblieben, sondern sie hat selbst der Praxis der modernen Schwindsuchtsbehandlung nicht zu folgen vermocht.

Ich will daher im folgenden untersuchen, was der heutige wissenschaftliche Standpunkt von uns verlangt und in wie fern wir diesem in der Irrenpflege gerecht werden könnten.

Es berührt ganz eigenthümlich, wenn wir die Geschichte der Tuberculose durchblättern, dass schon vor mehr als 200 Jahren Verordnungen gegen dieselbe erlassen worden sind, die unserer Zeit zur Ehre gereichten, wenn sie gemacht werden würden.

So berichtet Knopf*), dass am 20. November 1782 in Neapel eine königliche Verordnung erlassen wurde, wonach nicht bloss die Absonderung der Schwindsüchtigen und die Desinfection der Wohnungen, Kleider, Möbel, Bücher etc. strengstens angeordnet wurde, sondern wo auch Aerzte und Angehörige zur Anzeige bei Strafe verpflichtet wurden. Diese Verordnung vor so langer Zeit steht keineswegs allein da und sie findet bis zu Anfang des XIX. Jahrhunderts wiederholt ihre Analoga in Spanien, Portugal und Südfrankreich.

Dass die Lungenschwindsucht selbst im Alterthum für ansteckend galt, dafür finden wir nach Roth**) schon bei Plutarch und Galen Belege. Auch Montane (1550) erklärte die Lungenschwindsucht für eine der gefährlichsten und am leichtesten übertragbaren Krankheiten und Morgagni (1682—1771) nahm deshalb nie die Leichensection eines an Schwindsucht verstorbenen Menschen vor.

Angesichts solcher Thatsachen muss es uns Wunder nehmen, wie das XIX. Jahrhundert die Infectionstheorie wieder ganz vergessen konnte. Versöhnen kann uns nur der Umstand wieder, dass das Ende desselben Jahrhunderts uns nicht bloss dieselbe wiederfinden, sondern auch verstehen machte.

Die wissenschaftliche Begründung unserer heutigen Lehre von der Tuberculose beginnt mit den Arbeiten Klenkes*). Klenke hat 1843 zuerst Uebertragungen von Tuberculose von Menschen auf Kaninchen veröffentlicht und Villemin 1865 als erster die subcutane Ueberimpfung von Tuberceln auf Kaninchen zustande gebracht.

Klebs und Conheim festigten und sicherten die übertragbare Infectiosität vollends, bis Koch 1882 durch Entdeckung des Tubercel-Bacillus den Schlussstein des wissenschaftlichen Baues legen konnte und damit die Grundlage und Richtung schuf, auf der sich die prophylactische und therapeutische Medizin seither weiter entwickelt hat.

Leider ging die Praxis mit den wissenschaftlichen Ergebnissen nicht allenthalben und genugsam Hand in Hand, so dass wir heute noch 100 Jahre nach jener neapler Verordnung nur ausrufen können: „wären wir doch auch so weit".

Wie weittragend die Entdeckung Kochs wurde, das zeigten zunächst die Untersuchungen Cornet's aus dem hygienischen Institut Berlins**). Die Leitsätze seiner Arbeiten wurden grundlegend für die Prohpylaxis. Sie haben vorerst die Ansicht über die Ubiquität des Tubercel-Bacillus zerstört und überzeugend dargethan, dass der Phthisiker der Urquell des Tubercel-Bacillus ist, dass alle Tubercel-Bacillen, die Mensch oder Thier befallen, zuerst im menschlichen oder thierischen Organismus gelebt haben müssen und dass ein Weiterwachsen derselben ausserhalb des thierischen Körpers unter natürlichen Verhältnissen so gut wie ausgeschlossen ist.

Schon unter dem Eindrucke der Cornet'schen Arbeiten entstand in Deutschland eine ernsthafte Abwehrbewegung gegen die Tuberculose, die auch in mehrfachen ministeriellen Erlässen und Communalverordnungen ihren practischen Ausdruck fand, worin eine Reihe von prophylaktischen Maassregeln angegeben und befohlen wurde. Eine derselben traf auch die Irrenanstalten.

Letzteres mag wohl auch mit die Ursache abgegeben haben, weshalb die Frage der Prophylaxis der Tuberculose in den Irrenanstalten in der Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte im September 1891 zu Weimar zur Discussion gestellt worden war mit dem Referat Nötel und Zinn.

Das Nötel'sche Referat***) fasst seine Ausführung im Wesentlichen dahin:

1. Die Tuberculösen sind von den anderen Kranken

*) Die Tuberculose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung. — Berlin 1900.

**) Allgemeine Maassnahmen zur Verhütung der Lungentuberculose. Berliner Congress 1900.

*) Kaufmann, Lehrbuch der speciellen patholog. Anatomie, Berlin 1896.

**) Cornet, Ueber Tuberculose, Leipzig 1890.

***) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48, pag. 474.



für die Nacht und jedenfalls im Zustande der Bettlägerigkeit zu trennen.

2. Die von Tuberculösen benutzten Räume und Gegenstände sind wie nach anderer Infections-Krankheit zu desinfiziren.

3. Alle Krankenräume sind zur Staubvermeidung nur feucht zu behandeln.

4. Es sind reichliche zweckentsprechende Spucknäpfe aufzustellen.

5. Alle Sputa sind sofort feucht zu vertilgen.

6. Das Personal ist entsprechend zu belehren.

In der daran anschliessenden Discussion wurde von Krafft-Ebing und Grashey noch auf die Nothwendigkeit guter Ernährung, Bewegung und Beschäftigung der Kranken hingewiesen und betont, dass die Ueberfüllung als besonders fördernd für die Tuberculose in den Anstalten anzusehen sei.

Denselben Standpunkt hält einige Jahre später auch Merklin*) ein, auch er hebt die Schädlichkeit der Ueberfüllung hervor und geht in der Frage der Separirung noch weiter, indem er auch am Tage, also vollständige Trennung der Tuberculösen von den übrigen Kranken fordert.

Zuletzt beschäftigt sich Siemens**) mit unserem Gegenstande, indem er in einem Vortrage die Bedeutung des Tuberculösen-Congresses Berlin 1899 für die Irrenanstalten bespricht.

Auch er sieht in der Ueberfüllung die grösste Gefahr für Gesundheit und Leben und besonders durch Tuberculose, warnt vor feuchter Bodenlage, staubiger und windiger Gegend und dichtem Laubwald um die Anstalt herum.

Freiluftregime, hygienische und diätetische Behandlung bilden die Cardinalpunkte in der Tuberculosen-Fürsorge und das frühzeitige Erkennen der Affection, eine unerlässliche Erforderung erfolgreichen Eingreifens.

Siemens plaidirt zum Schlusse für die Verwendung der Infektionsbarraken zur Separirung der Tuberculösen, wie dieselben in seiner Anstalt Lauenburg in Verwendung stehen.

Denselben Ausweg zur Entfernung Tuberculöser aus dem Bereiche Gesunder räth Krayatsch*).

Auch ihm scheint die Erbauung grosser Infectionsgebäude, als Anhang der bestehenden Irren-Anstalten am zweckmässigsten für die Unterbringung und Isolirung der Schwindsüchtigen. Damit schliesst die Literatur i. e. die Theorie über die Versorgung der Tuberculösen in Irrenanstalten. Ob in der Praxis selbst in Deutschland den darin niedergelegten Forderungen auch überall genügende Beachtung geschenkt worden ist, wage ich in Erinnerung des Erlasses vom 10. Juli d. J., den ich am Schlusse noch anführen werde, kaum zu behaupten. Jedenfalls geschieht in anderen Ländern nicht mehr.

Ueberblicken wir somit den heutigen Standpunkt, das derzeitige „Haben“, so können wir sagen, dass ausser der Separation der schweren tuberculösen Geisteskranken in den bestehenden Infectionshäusern und der symptomatischen Behandlung kaum viel wesentliches noch gehandhabt wird. Und wenn wir uns fragen, genügt dieses heute den theoretischen und den für Geistesgesunde auch vielfach schon practisch erprobten Forderungen und Erfahrungen für unser Thema, so können wir nur mit nein antworten, unsere Massregeln entsprechen dem heutigen „Soll“ weder in prophylactischer noch therapeutischer Hinsicht mehr.

Woran sollen wir uns halten, was soll uns leiten zur zeitgemässen, practischen Lösung unserer Frage? was sollen wir alles in prophylactischer Weise vorkehren und welche Principien müssen unsere Therapie beherrschen? Ich glaube im wesentlichen folgende drei Erwägungen, d. i. die Biologie des Tuberkelbacillus, dann der Phthisiker selbst und endlich die Heilstättenbewegung, anstellen zu müssen.

Was den ersteren Punkt erlangt, so mag vorerst darauf hingewiesen werden, dass neuere Untersuchungen eine Reihe von Varietäten des Tubercelbacillus nachgewiesen haben, die sich morphologisch und tinctoriell genau so wie der Koch'sche Bacillus verhalten. Hieher zählen Fische- und Vogel-Tuberculose, der Rubinowiczsche und Petrische Butterbacillus, endlich der Timothe- und Mistbacillus, so dass Kobert-Görbersdorf meint, es dränge sich der Verdacht auf, dass nicht jede menschliche Tuberculose auf demselben Tubercelbacillus beruhe. Die Möglichkeit ist ja vorhanden, aber die practische Bedeutung wenigstens für unsere Frage keineswegs bedeutend, wie der Londoner Congress uns gelehrt.

Die Tubercel-Bacillen haben wahrscheinlich keine Sporen und keine Eigenbewegung. Ihre Cultivirung ist bekannt ziemlich schwierig und gelingt am besten im Blutserum*). Die Bacillen gedeihen nicht über 42° und nicht unter 29°. Das Optimum der Entwicklung liegt zwischen 37—38°. Bei der Züchtung bewahren die Tuberkel-Bacillen ihre Eigenschaften

*) Die Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 52.

**) Cf. Psychiatrische Wochenschrift Nr. 17, Jahrg. 1899.

***) Lazareth- und Infectionsgebäude, Psychiatrische Wochenschrift Nr. 35. Jahrgang 1900.

*) Gedeihen aber bekanntlich auch auf Bouillon, Agar, Glycerin, Kartoffel etc. Zur Untersuchung von Bacillen in Sputen soll sich Agar-Hayden besonders empfehlen.



sehr hartnäckig. Vom Sonnenlichte werden die Tuberkel-Bacillen je nach der Dicke der Schichten in geringer Zeit getödtet. Auch das zerstreute Tageslicht übt langsam dieselbe Wirkung. Culturen am Fenster gehen nach 5—7 Tagen zugrunde.

Mit Tuberkel-Bacillen beschmutzte Wollstoffe verlieren nach 24—30 Stunden Besonnung ihre Ansteckungsgefährlichkeit und schon nach 10—15 Stunden tritt eine erhebliche Abschwächung ihrer Virulenz ein. Selbst wenn das Licht erst Wasser passiren muss, übt es noch die keimtödtende Wirkung aus.

Machold*) hat weiter nachgewiesen, dass die Tuberkel-Bacillen in Culturboden trotz Kälte, Regen und Sonnenschein, Fäulniss, Concurrenz mit anderen Bacterienfloren im Grossen und Ganzen geradeso vegetiren, wie in Sputis und ihre Virulenz mehrere Monate bewahren können.

Bezüglich des Phthisikers müssen wir festhalten, dass er der Urquell der Tuberkel-Bacillen ist, wie schon Cornet besagte. Wir wissen ferner aus einer Reihe von Untersuchungen, dass seine ruhigen Exhalationen bacillenfrei sind, dass selbst beim lauten Sprechen, Singen, Niesen, Schreien kaum ein gefährliches Verstreuen von Tuberkel-Bacillen statthat, ausgenommen der Fall, dass es sich um Kehlkopf- oder Nasen-Geschwüre tuberc. Art handelt. Gefährlicher ist schon der Husten wegen der sogenannten „Tröpfchen"-Infection. Am gefährlichsten aber bleibt das Sputum. Reinlichkeit am und um den Kranken ist die Hauptsorge, nie darf man ferner vergessen, dass die Bacillen corpuskulöse Elemente sind, die dem Gesetze der Schwere, Cohäsion und Adhäsion folgen müssen.

Den dritten Punkt, die Therapie, muss uns endlich die Heilstättenbewegung dictiren und ihre Erfolge müssen uns bei der Auswahl der Kranken sowohl, sowie für die Art ihrer Unterbringung massgebend werden. Die Heilstätten lehren uns, dass die freie Luftbehandlung, die vermehrte hygienische und diätetische Obsorge neben der sonstigen symptomatischen mediz. Behandlung die wirksamsten Factoren bleiben und eigene Baulichkeiten erfordern. Die curative Bedeutung dieser modernen Schwindsuchtsbehandlung lässt sich nicht mehr abwehren. Es frägt sich somit auch für unsere Kranken billig und recht, ob wir angesichts derselben überhaupt noch verzichten dürfen? Die erhöhte Schwierigkeit, die Erfahrungen der Lungenheilstätten auch unseren Kranken zu theil werden zu lassen, soll allerdings nicht verkannt werden, aber wir dürfen sie aus theoretischen Bedenken nicht kurzer Hand abweisen und sie dürfen uns nicht abschrecken, wir müssen die Heilstättenbewegung aber ins Psychiatrische übersetzen. Welche Lehren müssen wir an der Hand dieser drei Punkte zunächst für die Prophylaxis schöpfen?

Sie zeigen uns vorerst die enorme Wichtigkeit der Vorbeugungsmassregeln überhaupt und leiten uns in die Anstalt zurück, als das wichtigste Gebiet wirkungsvoller Prophylaxis. Wir müssen zuerst den Anstaltsboden rein fegen und alles hintanzuhalten trachten, was möglicherweise unserem unheimlichen Gaste Vorschub leisten konnte. Ein Neubau mag das am besten illustriren.

Jeder Federstrich des Bauprogrammes muss sich mit unserer Frage beschäftigen, schon die Wahl des Ortes muss darauf Rücksicht nehmen.

Die Lage sei nicht zu exponirt und kein Nordabhang. Insbesonders auf ersteren Punkt erinnere ich mich aus meiner letzten Studienreise 1900 an eine neue, prächtige Anstalt, herrlich aber völlig schutzlos auf der Höhe eines Hügelkammes gelegen mit schöner Fernsicht. Die Anstalt besitzt alle hygienischen Einrichtungen, sieht viel auf Bewegung, beschäftigt 70% ihrer Insassen und trotzdem viel Tuberculose. Ich glaube dass gerade die schutzlose Lage der Anstalt, allen Winden preisgegeben in der Begünstigung von Catarrhen, nicht wenig mitbetheiligt ist an dem hohen Procente von Tuberculose.

Von gleich grosser Wichtigkeit sind die Bodenverhältnisse. Das Anstaltsterrain sei trocken, hoher Grundwasserstand, feuchte, neblige Thalmulden sind nicht umsonst verrufen. Man kann einzelne Pavillons, die auf solch unglücklichen Bodenverhältnissen postirt sind, geradezu als Brutstätten für Tuberkulose markirt finden, gegenüber besser gelegenen.

Dass die Ueberfüllung mit ihren hygienischen Nachtheilen, der Schmälerung des Luftcubus und Reinlichkeit etc. etc. die Tuberculose ziffermässig begünstigt, wie Merklin nachgewiesen hat, überrascht ja kaum, überraschen kann nur, dass selbst ärztlicherseits oft diesem Factor nicht gebührend entgegen getreten wird.

Wie die Anstalt als ganzes der Besonnung durch eine südliche Frontentwicklung möglichst zugänglich sein soll, so soll auch jedes einzelne Wohnobject mit Besonnung und Belichtung weitgehendst versorgt werden. Schlafräume in die sonnenarme Nordseite zu verlegen ist unhygienisch.

Auch die umgebende Parkanlage soll nicht hart an die Pavillons heranreichen, damit sie den Zimmern nicht die wohlthätigen Sonnenstrahlen raubt und die Desodorirung verhindert.

*) Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsbuche Bd. XVII.



Die desodorirende Wirkung der Sonnenstrahlen, die ja zugleich eine desinfizirende ist, soll überhaupt meines Erachtens mehr systematisch verwerthet werden und Effecten und Geräthschaften (Kleider, Decken, Kissen, Closet, Abwaschgefässe, Abwischtücher, Reibbürsten, Teppiche etc. etc.) möglichst häufig einer besonderen Sonnung unterworfen werden.

Eine wichtige Rolle bei unserer Frage spielt der Fussboden. Leider ein schwieriges Capitel. Derzeit findet man fast allerwärts gewichste Brettelböden. Sie sind ja hübsch und erinnern uns an die eigene Wohnung, das ist zweifellos. Aber sie sind hygienisch und besonders für unsere Frage nichts weniger als einwandsfrei. Ein Boden, der stets trocken behandelt werden muss, wie die Parquette ist und bleibt für Spitäler hygienisch anfechtbar. Der Fussboden eines Krankensaales muss feuchte Behandlung vertragen, schon wegen der Verstaubung, die beim trockenen Reinigen und Aufwischen entsteht. Man mag dann das Problem lösen wollen, wie man will, aber die feuchte Reinigung ist und bleibt Grundbedingung. Ich meinestheils, wenn ich alle die bekannten Bodenarten Revue passiren lasse, möchte folgende 3 Bodenarten am passendsten und practischsten finden.

1. Der Terrazzoboden für Gänge, Küche, Bäder, Aborte und dergleichen.

2. Der braune gestrichene Brettelboden für ruhige und reine Abtheilungen.

3. Der braune gestrichene Cementboden für unruhige und unreine Abtheilungen. Besonders der letztere scheint mir viel zu wenig gewürdigt zu sein. Er ist dauerhaft, nur muss der Cement sehr gut ausgetrocknet sein, bevor er gestrichen wird. Er ist nach 2—3 maligem Streichen auch nicht mehr besonders fusskalt, belastet finanziell nicht und ist hygienisch einwandsfrei.

Die Behandlung der Wände mit 1,8 m Oel- oder Emailstrich ist auffallend rasch populär geworden. Ich halte dies für tadellos auch für die Schwindsuchtsgefahr. Ob man darüber malen oder einfach tünchen soll, mag Ansichtssache bleiben. Durch das jährliche Tünchen wird allerdings eine gründliche Wandreinigung erzielt, aber viel Unannehmlichkeit durch die Beschmutzung etc. erzeugt. Freundlicher ist eine leichte Malerei, auch sie lässt sich nach Esmarch mit Brod einwandsfrei aber ohne wesentliche Beschmutzung putzen und abreiben.

Nach dieser allgemeinen Seite des Anstaltslebens im Kampfe gegen die Tuberculose ist es vor allem das Anstaltsregime selbst, das leistungsfähig eingreifen muss. Allerdings auch wieder nur dann möglich, wenn schon baulich vorhergedacht würde. Wie sehr Anstaltsregime und bauliche Eintheilung ineinander greifen resp. von einander abhängen, sei nur die nöthige Reinlichkeit erwähnt; ein unumgängliches Postulat für unsere Frage.

Zur practischen Durchführung dieses obersten Grundsatzes im Spitalswesen müssen vor allem die nöthigen Räume für alle staubbildenden Manipulationen, sowie für das Hauswesen selbst, vorhanden sein.

So ein abgeschlossener Raum für Schuh- und Kleiderreinigung, für Haus- und Wirthschaftsgeräthe, dort wo viel Besuche verkehren, womöglich ein passendes Besuchszimmer. Endlich nicht zu vergessen, das was wir Rumpelkammer nennen. Das alles ist zur Handhabung der Reinlichkeit nöthig und erleichtert ihre Durchführung.

Eine ganz besondere Sorgfalt muss in Zukunft nach den Ergebnissen der Tuberculose-Forschung der Versorgung der Sputa zugewendet werden. Bisher waren allerwärts die Bodenspucknäpfe mit Sand, Sägespähnen oder Wasser gefüllt die üblichen Aufnahmsmittel derselben. Alle Formen, die ich bisher auf meinen Studienreisen gesehen habe, haben ihre Nachtheile, abgesehen, dass ihre Bedienung zeitraubend ist, dienen sie oft für alles Mögliche und können hygienisch nie tadellos genannt werden.

In den Tuberculose-Heilstätten finden sich Speibecken mit permanenter Berieselung in Brusthöhe angebracht. Sie werden gelobt und sind hygienisch einwandsfrei. Ich glaube, es dürfte sich lohnen, dieses System wenigstens theilweise auch auf die Irren-Anstalten zu übertragen.

Dass neben diesen Maassnahmen, die direkte Einflussnahme auf den Kranken ihren Werth nicht verliert, ist selbstverständlich, und Personen, die bekanntermaassen eine besondere Disposition für Tuberculose haben, müssen auch eine besondere Aufmerksamkeit geniessen.

Geschwächte Körper, Hereditarier, Kranke mit oberflächlicher Athmung bedürfen von Anfang an erhöhter Fürsorge durch reichlichere Ernährung, genügende Bewegung, Abhärtung durch hydropathische Proceduren (Brausebäder!) etc.

Auch eine ausgedehntere ununterbrochene Bettbehandlung ist für unsere Frage nicht unbedenklich. Sie macht anämisch und verflacht die Athmung.

Nicht zu unterschätzen ist ferner ein gewisser erziehlicher Einfluss auf die Kranken selbst, sowie genaue Belehrung des Pflegepersonales über Wesen und Art der Hygiene und Tuberculose-Prophylaxis.

Schliesslich darf auch, wenngleich jüngst eine gewichtige Stimme dagegen sich erhoben hat, der Wichtigkeit der eigenen Schlachtung und insbesonders eigener Meierei, nicht vergessen werden.

Bei dem Umstande, dass wichtige Nahrungsmittel (Milch, Fleisch, Butter, Käse) Tuberkel-Bacillen enthalten und deren Ungefährlichkeit noch keineswegs erwiesen ist, wie Koch selbst zugiebt, versteht es sich von selbst, dass eine sorgsame Prophylaxis gegen die Lungenschwindsucht auch über diese Nahrungsmittel noch eine genaue Controlle führen muss. Als verlässlichste Form gilt die Einführung der eigenen Regie. Meierei und Schlachtung lassen sich leicht durch Impfung und Fleischbeschau tadellos rein erhalten. So qualifiziren sich beide administrativen Neuerungen auch ärztlich überaus wichtig und werden somit nothwendige Adnexe einer modernen Anstalt.

Mit Aufzählung einiger dieser hervorragenden Verhältnisse, wie sie in jeder Irrenanstalt eingehalten werden sollen, um dem unheimlichen Gast der Tuberculose das Leben möglichst zu beschneiden, ist allerdings noch nicht alles und jedes für unsere Frage erschöpft, aber schon mit deren Einführung wird der greifbare Erfolg kaum lange auf sich warten lassen, und wenigstens der Inzucht der Tuberculose kräftigst entgegenwirken.

Damit ist freilich nur erst der Anfang gemacht, wenn man auf die angeführte Weise der Erkrankung in der Anstalt selbst so viel als möglich vorbaut.

Das Gros der Schwindsüchtigen kommt doch von aussen. Die meisten werden schon tuberculös aufgenommen und mit ihnen beginnt der eigentliche Kampf gegen die Tuberculose schlechtweg.

Alle Welt ist darin einig, dass für das erfolgreiche Eingreifen in diesem Kampfe die möglichst frühzeitige Diagnose der Tuberculose in erster Linie rangirt, weshalb an die verdächtigen Symptome kurz hier erinnert werden soll.

Hängt die Sicherung der Diagnose „Tuberculose" insonderheit der Respirationsorgane nach wie vor von dem Nachweise des Tuberkel-Bacillus ab, so kann doch oft schon lange vorher mit grosser Wahrscheinlichkeit diese verderbliche Krankheit vermuthet werden. Es liegt nicht in dem Rahmen meiner Aufgabe, die grosse Klinik der Tuberculose und deren Frühsymptome zu entwickeln, ich möchte nur ein paar Punkte herausgreifen, die mir für Verhältnisse in den Irren-Anstalten speciell von Bedeutung erscheinen.

Hierher zählt vorerst die regelmässige Wägung der Kranken. Sie soll in keiner Anstalt mehr versäumt werden. Die constanten kleinen Gewichtsverluste haben für unsere Frage eine wesentliche Bedeutung.

Von anderer Seite wird aufmerksam gemacht, dass die leichte Ermüdbarkeit bei Bewegungen auch in Temperatursteigerungen einen verwerthbaren Ausdruck findet. Während bei Gesunden die Temperatur sich nur um 0,2 — 0,3 ° erhöht, sollen bei Tuberculösen sich um 0,5 — 0,8 ° Steigerungen ergeben.

Einen weiteren Anhaltspunkt für die Schwindsuchtsdiagnose soll die Diazorreaction abgeben. Nach Krokiewicz *) geht diese Reaction häufig dem bacteriologischen Befunde voraus. Ihr Erscheinen im Verlaufe der Lungentuberculose ist prognostisch ungünstig. Sie ist ein Wegweiser zur Prognose eines jeden Falles von Typhus und fast immer auch von Lungentuberculose. Auch nach Stadelmann **) ist zwar der diagnostische Werth bedeutungslos, wohl aber ist der positive Ausfall derselben für die Prognose ungünstig.

Endlich die Tuberculininjection. Es ist gewiss auffällig, dass dieses so bequeme objective Hilfsmittel zur Constatirung der Tuberculose in den Anstalten keine Anwendung findet. Der Grund liegt wohl wesentlich darin, dass die Tuberculininjection überhaupt beim Menschen als diagnostisches Mittel keinen Anklang gefunden hat, während sie in der Veterinär-Heilkunde bereits zum eisernen Bestand der Untersuchungsmethode mit 80—90 % Erfolg gezählt wird.

Wir finden uns gleich den Vertretern der Thierheilkunde gar nicht selten in derselben Lage, dass alle Anhaltspunkte mangeln und eine Untersuchung so gut wie unmöglich ist.

Warum daher noch länger warten, wenn anerkanntermaassen darin ein diagnostisches Hilfsmittel gelegen ist? Gefahr ist damit keine verbunden. Ich selbst habe seinerzeit auf der Klinik Wagners viele solche Injectionen gesehen, die zu dem absichtlichen Zwecke gemacht wurden, um Fiebererscheinungen bei Geisteskranken hervorzurufen und zu studiren und ich habe niemals schädliche Folgen gesehen, um wie viel weniger sind sie also dort zu erwarten, wo mit kleinsten Dosen operirt wird. Auch Turban ***) hat niemals einen Schaden gesehen und derselbe bekannte Autor fügt noch bei, wenn schon beim Rinde in 80—90 % eine Reaction eintritt, warum soll der Mensch eine Ausnahme machen.

*) Wr. klinische Wochenschrift 1898, Nr. 29.

**) Deutsche mediz. Wochenschrift 1900 (25—26).

***) Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden 1899. Vielleicht das beste neueste Buch über Lungentuberculose.



Auch von englischen Aerzten wurde erst kürzlich wieder in der Generalversammlung des medicinisch-psychologischen Vereins auf die Wichtigkeit dieser diagnostischen Tuberculininjectionen hingewiesen. Turban giebt Tuberculininjectionen, das alte Kochin in 3 tägigen Intervallen 0,5 bis 2, 5 mgrm. Tritt Fieber auf, bleibt der Kranke liegen, sonst nicht einmal das.

Dass in der allgemeinen Praxis das Mittel in der Hinsicht noch nicht zur vollen Würdigung gekommen, darf eben nicht Wunder nehmen, weil man da auch mit den herkömmlichen Mitteln sein Auskommen findet. In unseren Verhältnissen jedoch, wo nicht bloss auf alle verständige Mithilfe von Seite des Kranken oft verzichtet werden muss, ja wo nicht selten alle Untersuchung überhaupt scheitert, soll man diesem Mittel nicht mehr so fremd gegenüberstehen, glaube ich und principiell die Injection dort vornehmen, wo der Verdacht auf Tuberculose vorliegt und uns die anderen Hilfsmomente im Stiche lassen.

Wir brauchen der Tuberculininjection um so weniger ablehnend uns zu verhalten, wenn wir die diesbezügliche Discussion des letzten Tuberculose-Congresses von London im Auge behalten, wo Herne das Ergebniss derselben dahin zusammenfasste, dass „die Tuberculininjectionen als Diagnosticum anerkannt sind."

Immerhin wird es geschehen, dass trotz aller Untersuchungen uns die Diagnose unmöglich wird und unsere Vermuthung beim Verdachte stehen bleiben muss. Nichtsdestoweniger dürfen wir aber diesen Kranken gegenüber es am weiteren Eingreifen fehlen lassen. Ich erinnere da insbesonders an das verdächtige Husten geschwächter Pat., an Hereditarier, schwächliche Constitutionen, Scrophulose, Chlorose, Bronchitis, Haemoptoe, Magen- und Darmerkrankungen, Tuberculose anderer Organe etc., welche für die Lungentuberculose besonders disponirt gelten müssen und unsere Fürsorge beanspruchen. Deren Zahl wird kaum gross sein, aber ihre Existenz darf uns nicht gleichgiltig lassen, weil auch diese Kranken in unser Programm einbezogen werden müssen.

Schon mit dem Verdachte s o l l daher, mit der bestimmten Diagnose auf Tuberculose m u s s also unser specielles Regime einsetzen.

Worin soll nun dasselbe bestehen? Keinem Widerspruch begegnet wohl mehr die Forderung der Isolirung dieser Unglücklichen von den übrigen Kranken, strittig ist nur das Wie und Wo?

Bisher wurden die ausgesprochenen Fälle von Tuberculose in den bestehenden Infectionsräumen separirt und symptomatisch behandelt.

Ich behaupte nun, es ist nicht richtig, bloss die a u s g e s p r o c h e n e n Schwindsüchtigen abzutrennen, sondern man muss schon die V e r d ä c h t i g e n absondern und ferner, es ist nicht mehr entsprechend b l o s s z u s e p a r i r e n, sondern man muss auch die c u r a t i v e Seite modifiziren und das ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft und Erfahrung nur in der Weise möglich, dass man die Verhältnisse der Lungenheilstätten ins psychiatrische überträgt, mit anderen Worten, dass man nicht gemeinhin einfach das Infectionshaus für genügend ansieht, sondern man eigene nach dem Muster der Lungenheilstätten gehaltene Tuberculose-Pavillons errichte. Also kein blosses Bewahrungshaus darf es sein, sondern ein Heilpavillon ist nöthig.

Welchen Anforderungen muss nach den bisherigen Erörterungen ein solcher Pavillon genügen können?

Bevor das Detail dieser Frage entwickelt werden soll, muss erwähnt werden, dass bei ihrer Beantwortung vorläufig offen gelassen wird, ob für beide Geschlechter ein besonderer Pavillon zu denken sei oder ein gemeinsamer, ob derselbe bloss zur Aufnahme von Tuberculösen bestimmt sein soll oder auch von andern Infectionskranken, oder ob er gar nicht selbstständig, sondern etwa dem Lazareth angegliedert werden soll.

Ich lasse diese Fragen vorläufig offen, weil sich dieselben allgemein giltig mit einer Lösung kaum werden zufrieden stellen lassen, da hier wesentlich die verschiedenen Grössen der Anstalt bestimmend eingreifen werden.

Ich will daher nur diejenigen Einzelheiten durchgehen, die vom Standpunkte der Tuberculosen-Versorgung und -Behandlung allgemeinere Forderungen enthalten und die aus den früher schon erörterten Grundbedingungen zur Bekämpfung der Tuberculose und deren Heilung hervorgehen.

Ein Tuberculosen-Pavillon soll freundlich gelegen und vor Wind und Unwetter möglichst geschützt sein. Seine nächste Umgebung muss staubfrei sein, das heisst seine Lage muss abgerückt sein von den staub- und russbildenden Objecten, wie dem Dampfschlote der Küche und Werkstättengebäude.

Das am besten einstöckige Gebäude muss seine Längsfront mit den Kranken-Zimmern dem Süden zukehren, damit Besonnung und Belichtung der Wohnräume so intensiv wie möglich ausfallen kann. Aus demselben Grunde dürfen auch keine unmittelbaren Parkanlagen den Zutritt der Sonnenstrahlen beschränken.

Vorne der Hauptfront entlang läuft eine Veranda, rückwärts verbindet ein 3 m breiter Gang die Zimmer, der gleichfalls sehr licht gehalten ist und im Winter als Wandelbahn benutzt werden kann.

Selbstverständlich muss das Bauareal vollkommen trocken, ausserdem unterkellert oder anderweitig isolirt



sein. Der Luftcubus muss in den Schlafräumen wenigstens 30, in Tagräumen 20—25 cbm betragen. Centralheizung und elektrische Beleuchtung, wenn sonst möglich, sind allen anderen diesbezüglichen Einrichtungen vorzuziehen. Der Pavillon muss in allen seinen Theilen heizbar sein.

Ueber Belegräume, Zahl der Separatzimmer, muss das locale Bedürfniss jeweils entscheiden.

Es muss natürlich ausreichend gedacht sein.

Eine Ueberfüllung ist selbstredend unstatthaft. Die Zimmer müssen licht sein, die Fensterfläche gross, die Fenster fast bis zum Plafond reichen, damit bei der geringen Tiefe der Zimmer die directe Bestrahlung ziemlich allseitig ausfällt. Ecken und Kanten sind abgerundet und Nischen zu vermeiden. Als Zimmer-Böden halte ich den braun gestrichenen Cementboden für den praktischsten, der nach wiederholtem Streichen auch die Fusskälte der übrigen Böden völlig verliert, strapazirbar ist und glatt bleibt. Das Linoleum, das sonst vortrefflich wäre, ist leider aus finanziellen und technischen Gründen nicht empfehlenswerth. Jeder Brettelboden schliesst sich schon von selbst aus, wenn er nicht feucht zu behandeln ist. Ein anderer in neuerer Zeit häufig verwendeter Boden ist der Terrazzoboden. Ich selbst halte ihn für die früher angeführten Räume ziemlich einwandsfrei in einer Anstalt, aber für den Tuberculosen-Pavillon kommt er mir selbst für den Gang bedenklich vor. Der Terrazzoboden wird nämlich eher oder später je nach seiner Güte uneben, d. h. es brechen eine Menge der eingebetteten Steinchen aus und die Folge davon ist, dass bald eben so viele grubige Vertiefungen zu sehen sind, die den Staub mit grosser Zähigkeit festhalten, was zweifelsohne für den Aufenthalt von tuberculösen Geisteskranken ein bedenkliches Vorkommniss darstellt. Für Bad, Küche, Abort, Seitengänge und dergleichen kann ein solcher übrigens auch im Tuberculösen-Pavillon anstandslos verwendet werden.

Alle Räume tragen 2 m hohen Emailanstrich. Einzelzimmer sind am besten ganz gestrichen.

Möbel müssen leicht desinfizirbar sein. Eisenmöbel sind gewiss zu empfehlen.

Die Fenster sind gardinenfrei. Der obere Fenstertheil ist mit Drehflügel zur Ventilation versehen. Eigene Ventilationsvorrichtungen lassen sich gut mit Sheddächern verbinden.

Für die Zellen und selbst auch Zimmer wären Glasthüren in Betracht zu ziehen zur leichteren Controlle und Vermehrung der Belichtung.

Keine Stoffteppiche. In Corridoren und Veranden und Tagräumen, Speibecken mit permanenter Berieselung in Brusthöhe, nie am Boden!

Genügende Badegelegenheiten und Brausevorrichtungen dürfen nicht fehlen. Für die Pfleger müssen eigene Pflegezimmer geschaffen werden. In dem ärztlichen Untersuchungszimmer ist auf mikroscopische und laryngologische Untersuchungen Bedacht zu nehmen. Ein eigenes Besuchszimmer, ein specieller Raum für Reinigung der Kleider, Schuhe etc., eine besondere Rumpelkammer dürfen nicht fehlen. Ein eigenes Depot für Wäsche, Kleider, sowie Küche etc. und was sonst noch zu einem Kranken-Pavillon gehört, braucht nicht besonders noch erwähnt zu werden.

Alle genannten Räume sind so unterzubringen, dass die Kranken-Zimmer nicht tangirt werden können: diese müssen unerreichbar bleiben für den Dunst des Badezimmers, den Staub des Schuh- und Kleiderraumes und die Gerüche der Küche und des Spülzimmers.

Die Anlage der Kranken-Zimmer ist eine zweckentsprechende, corridormässige, denn nur so lässt sich den hygienisch-diätetischen Forderungen am besten entsprechen und die Separation genügend durchführen. Sie liegen in einer südlichen Front verbunden durch den schon genannten Corridor. —

Gemeinsam können untergebracht werden die ruhigen reinen Verdächtigen, und ruhigen reinen Tuberculösen, je in einem Saale.

Alle übrigen werden am besten von Haus aus separirt gehalten, zumal wenn sie nicht lenksam und für die prophylactischen Vorschriften uncapabel erscheinen. Ein eigener Tagraum dürfte sich empfehlen, einerseits zur gründlichen Durchlüftung der Schlafzimmer, andrerseits um nicht den Speisengeruch in die eigentlichen Kranken-Zimmer hineintragen zu müssen, da der Tagraum zugleich als Speisesaal dienen kann.

Neben grösseren Krankensälen für 5—7 Kranke mit 150—250 cbm Rauminhalt, sind also eine entsprechende Reihe von Separationszimmern unerlässlich, eventuell auch eine oder die andere Zelle, letztere zusammen beiläufig in einem Drittel des Gesammtbelegraumes des Pavillons.

Die Zimmer sollen selbstverständlich freundlich gehalten werden, doch alle Ausschmückungsgegenstände müssen leicht zu reinigen und desinficiren sein und dürfen keine Staubhälter darstellen. Die Abwässer sind in Kläranlagen zu desinficiren.

Die Gartenfläche ist reichlich zuzumessen. Die Bekiesung der Wege sei nicht staubbildend. Ein eigener Hydrant zum Besprengen des Bodens und zur Befeuchtung der Luft ist anzuempfehlen.

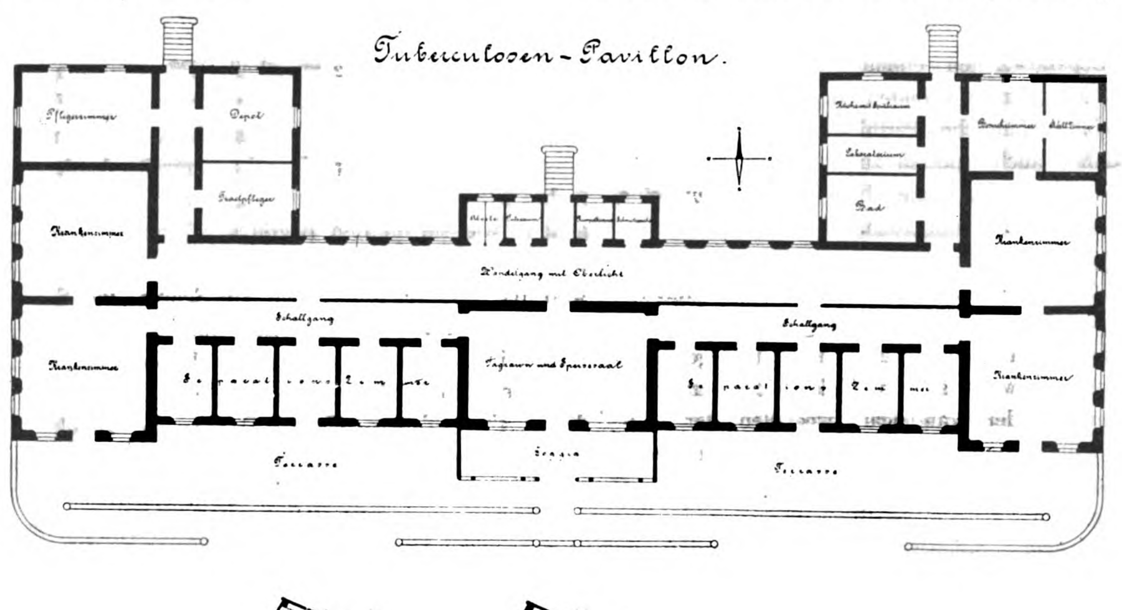
Ein Holzschuppen als Liegehalle soll vorgesorgt werden.

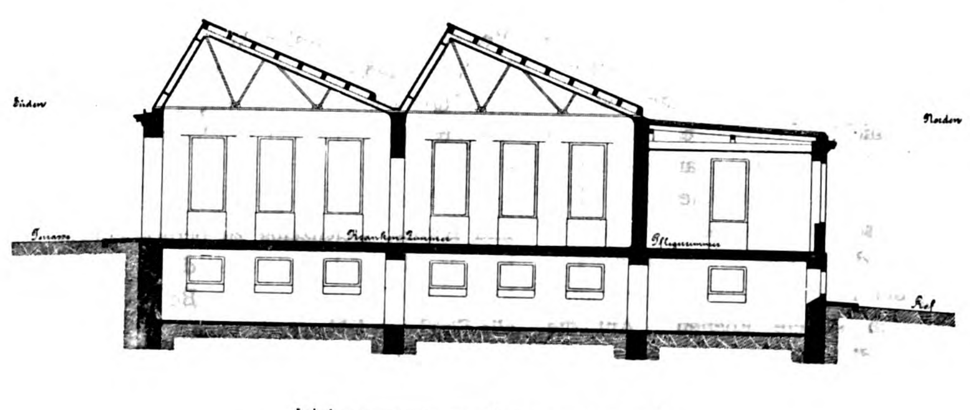
Um die Kranken (insbesonders bettlägerige und



unreine und letztere daher separirt) möglichst häufig und viel der Freiluftbehandlung theilhaftig zu machen, soll ein Bettwagen angeschafft werden, mit dem man jedes Bett unterfahren und ins Freie schieben kann, ohne alle Mühe. Zur Desinfection der Räume wird eine Schering'sche Formalinlampe vorgeschlagen. Eine gut geaichte Waage darf nicht fehlen. Speifläschchen sind genügend bereit zu halten, ebenso bequeme Feldsessel und Ruhebetten.

ersichtlich. Der Pavillon hat die beträchtliche Front von 60 m. Anfänglich war dieselbe noch länger gedacht, dadurch dass die hintenliegenden Kranken-Zimmer seitlich standen. Durch Benutzung der Shed'schen Beleuchtung und Belichtung konnten jene Zimmer ohne Bedenken hintereinander gelegt werden, da die Belichtung ebenso ausreichend ist, als ob sie in der Front gelegen wären, während architectonisch sich doch hierdurch eine bessere Composition ergiebt.





Wie ich mir einen solchen Tuberculosen-Pavillon etwa in einem speciellerem Falle ausgeführt denke, soll beifolgende Planskizze veranschaulichen.

Diese Skizze hat eine grosse etwa für 2000 Personen berechnete Anstalt zum Hintergrunde und soll nur für ein Geschlecht dienen mil einem Belegraum von ca. 30 Kranken, darunter nicht bloss erwiesenen Tuberculösen, sondern auch jenen Verdächtigen, von denen früher schon die Rede war.

Anlage und Gruppirung, Grösse der einzelnen Räume ist ohne weiteres aus der Zeichnung selbst

Alle Krankenräume sind streng getrennt von den sonstigen Nebenräumen. Die Bedienung des Pavillons erfolgt ohne jede Belästigung der in sich abgeschlossenen Krankenräume. Alle Zu- und Abfuhren geschehen in eigenen Zugängen von rückwärts und sie führen zunächst nur zu den Nebenräumen. Dazu zählen das Besuchszimmer, das ärztliche Untersuchungszimmer, Küche mit Spülraum, Bad, Inhalatorium, Depot, Zimmer für Pfleger und Traktpfleger, Räume für Schmutzwäsche, eigener Putzraum, Abort, Rumpelkammer.

Alle Krankenräume (Kranken-Zimmer, Zellen, Wandelgang) haben Shed-Dächer. Jeder Theil somit direct belichtet, kein dunkles Eckchen.

Die Zellen resp. Separat-Zellen sind durch einen Schallraum abgeschlossen. Die Abschliessungsmauer ist aus Glasziegel hergestellt und lichtdurchlässig; braucht aber selbstverständlich letzteres nicht zu sein, da der Schallraum auch von oben genügend Licht erhält. Diese Abschliessung sämmtlicher Separat-Zellen gegen den Wandelgang hat aber noch einen besonderen Zweck.

Die Separat-Zellen enhalten die hygienisch uncapablen Kranken, sie bilden zusammen sozusagen die unreine gefährliche Parthie des Pavillons. Sie sollen daher auch speciell zusammengefasst, abgeschlossen werden gegen die übrigen Räume, um eine Gefahr möglichst zu vermeiden.

Das Centrum bildet der Tagraum. Ich war lange Zeit im Zweifel, ob man nicht besser die Krankenzimmer der besseren Ueberwachung und Uebersicht halber namentlich auch nachts, in die Mitte legen soll. Die Nachtwache würde sich zweifellos leichter machen. Aber es müsste der Wandelgang wegfallen, der Tagraum getheilt werden, ebenso Aborte und Putzraum doppelt angelegt werden. Auch schien mir durch die Centrirung von 10 Kranken die nöthige individuelle Ruhe nicht genug gesichert, so dass ich eine grössere Trennung der Kranken-Zimmer vorziehen zu müssen glaubte, zumal sie zudem eine bessere räumliche Detention gestattete. Wenn man übrigens die Ueberwachungsbedürftigen in einem Flügel sammelt, ist auch die Nachtwache nicht sehr erschwert und obendrein lassen sich die beiden anderen Kranken-Zimmer durch eine Glasthür vom Pflegezimmer aus einer Bewachung einigermaassen unterziehen.

Vor dem Tagraum, damit verbunden befindet sich eine Loggia für $^1/_3$ der Insassen. Von der Veranda in den Garten führen schiefe Ebenen. Auf die Veranda leiten überall directe Thüren.

Die Innen-Einrichtung ist analog den allgemeinen Principien gehalten. Im Tagraum und Wandelgang sind Mauerkästchen angebracht, für nothwendige Desinficientien zur Desinfection etwaiger Sputa am Boden.

Die ganze Anlage ist derart gehalten, dass sie auch für beide Geschlechter benutzt werden kann. Zu dem Zwecke kann der Pavillon durch eine Trennungsmauer unschwer in zwei symmetrische Hälften zerlegt werden, und können durch einen rückwärtigen Mittelbau leicht die fehlenden Connexe ergänzt werden.

Anschliessend an diese Darlegungen über Bau und Einrichtung eines Tuberculösen-Pavillons mag auch ein Wort über die Organisation in einem solchen verstattet sein.

Die Pflegeleitung führt eine Traktpflegerin (in dem Falle, dass das Object beiden Geschlechtern dienen soll, ein kinderloses Pflegeorgan), 5 Pflegerinnen (für 30 Kranke also 1:6) dürften für den Dienst ausreichend sein, selbst wenn sie sich bei schönem Wetter in den Garten zerstreuen und für 1 Hälfte ein Nachtdienst eingerichtet werden muss. Die Traktpflegerin bleibt dauernd daselbst stationirt und giebt durch geschultes, erfahrenes Benehmen sozusagen das lebende Vorbild für das andere zugetheilte Pflegepersonal ab. Das zugetheilte Pflegepersonal soll wechseln. Einerseits damit es selbst der Ansteckungsgefahr nicht übermässig ausgesetzt wird und andrerseits damit alle mehr oder weniger durch diese Schule hindurch gehen, wie sie für den Begriff der Infection erzogen und deren Gegenmaassregel geaicht werden soll. So wird dann diese Einrichtung ein Schutz und Segen für die ganze Anstalt und seine Bewohner sein.

Die in Bau und Einrichtung enthaltenen Intentionen für Pflege und Heilung der Tuberculösen müssen durch eine eigene Haus-Ordnung zweckentsprechend belebt werden, weshalb eine solche gleichfalls hier Besprechung finden soll.

Die gewöhnliche Anstalts-Hausordnung allein genügt für den Tuberculosen-Pavillon noch keinesfalls. In den Irren-Anstalten als solchen wird auf Umgang und Verkehr mit Geisteskranken das Hauptgewicht gelegt. Im Tuberculösen-Pavillon liegt der Schwerpunkt auf der Tuberculose-Behandlung, es handelt sich vorerst um Lungenkranke, die gleichzeitig auch geistesgestört sind.

Hält man sich gegenwärtig, dass man Krankheiten und Kranke gleichzeitig zu berücksichtigen hat, dass in der Hausordnung alles dahin zielen muss, die hygienische und diätetische Behandlung zu fördern, alle Staubentwicklung zu vermeiden, höchste Reinlichkeit in allem walten zu lassen und vor allem den Sputen seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, dann wird man unschwer das Richtige treffen, insbesonders, wenn man noch in Erinnerung hält, dass der Tuberkel-Bacillus ein corpusculäres Element ist, welches den Träger der Infection darstellt und den Tuberculösen zum Urquell hat.

Alle Räume sind peinlichst rein zu halten, fleissig zu lüften, ohne Zugluft zu erzeugen. Alle Räume sind gleichmässig temperirt zu erhalten, so viel wie möglich zu belichten und zu besonnen. Auch die Gebrauchsgegenstände sind demselben Regime häufig zu unterwerfen.

Alle staubbildenden Manipulationen, Schuhputzen,



Kleiderreinigungen sind nur in den dazu bestimmten Räumen vorzunehmen, eventuell ganz ausserhalb zu verrichten.

Alle Räume sind täglich mehrmals feucht aufzuwischen. Gänge am besten abzuspülen. Die Thürklinken täglich mit einer desinficirenden Flüssigkeit abzuwaschen.

Vertheilung der Kranken in die einzelnen Zimmer erfolgt nur nach ärztlicher Vorschrift. Kein Kranker soll beim Bettmachen zugegen sein. Das Pflegepersonal dabei nur durch die Nase athmen. Kein Kranker darf sich in das Bett eines anderen legen, bevor dasselbe nicht desinficirt und frisch überzogen ist. Die Desinfection geschieht durch Abwaschen mit Seifenlösung.

Dieselbe Desinfection tritt nach dem Tode ein. War der Kranke in einer Zelle, ist die ganze Zelle so zu behandeln.

(Schluss folgt.)

Zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige.

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Berliner Gesellschaft abstinenter Aerzte vom 2. Decbr. 1901.*)

Von Sanitätsrath *Dr. Wulffert*, Nervenarzt in Berlin.

Die Trunksucht als Volkskrankheit lässt sich in mancher Beziehung mit der Tuberculose als Volkskrankheit in Vergleich bringen. Was der Tuberkelbacillus bei der Tuberculose ist, stellt die Trunksitte bei der Trunksucht dar. Ebenso wie der Tuberkelbacillus bei dem mit ererbter oder erworbener Anlage versehenen Menschen die Tuberculose erzeugt, so ruft die Trunksitte bei dem mit ererbter oder erworbener Anlage ausgestatteten Menschen die Trunksucht hervor. Es ist daher wohl verständlich, dass bei der Prophylaxe der Trunksucht die Bekämpfung der Trunksitte eine so ausschlaggebende Rolle spielt, ebenso wie bei der Prophylaxe der Tuberculose alle Anstrengungen in erster Linie auf eine Entfernung des Tuberkelbacillus aus der menschlichen Gesellschaft gerüstet sind.

Wenn wir den Vergleich weiter auf die Heilerfolge, die bei beiden Krankheiten erzielt werden, ausdehnen, so hört allerdings der Parallelismus auf. Von der Trinkerheilanstalt Ellikon werden aus der Zeit von 89 — 95 ca. 40 % und aus der seitdem verflossenen Zeit ca. 70 % Dauerheilungen (d. i. Erzielung von Totalabstinenz) gemeldet, während in den „Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt" Bd. XVIII, 1901, bei 6237 Schwindsüchtigen, die einer Heilstättenbehandlung unterworfen wurden, nur von 7,4 % Heilungen berichtet wird, welche noch dazu nichts weniger als Dauerheilungen darstellen, vielmehr voraussichtlich auf einen minimalen Werth herabgehen würden, wenn man die betreffenden Fälle etwa 10 Jahre weiter verfolgen würde.

Was mit zwingender Nothwendigkeit die Aufmerksamkeit des Gesetzgebers auf die Trunksucht lenken muss, das sind die socialen Symptome, die diese Krankheit bei Reich und Arm, Jung und Alt, Mann und Weib hervorruft. Es giebt kaum einen ausgebildeten Fall, der nicht die Umgebung des Trinkers oder die Allgemeinheit mehr oder weniger in Mitleidenschaft zöge und in socialer Hinsicht Schaden stiftete, sei es dass die Familie durch eheliche Zerwürfnisse, Misshandlungen und ähnliches gesprengt wird, sei es dass die Gemeinde pekuniär beansprucht wird, sei es dass die Kinder mit Krankheit belastet, verwahrlost oder zum Verbrechen erzogen werden, sei es dass der Trinker selbst Verbrechen begeht, geisteskrank wird und dergl. mehr.

Dem gegenüber wird der Gesetzgeber auf der einen Seite sich vergegenwärtigen müssen, dass die Möglichkeit der Heilung der Trunksucht wissenschaftlich sichergestellt ist und auf der anderen Seite, dass es zur Zeit unmöglich ist, diese Heilungsmöglichkeit practisch zu verwerthen, weil es an den hierfür nöthigen Veranstaltungen und dem nothwendigen Gelde fehlt. Vergleiche auch „Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige" (A), Psychiatrische Wochenschrift, III. Jahrgang, Nr. 35.

Die augenblicklich der Lösung am meisten bedürftigen Einzelaufgaben würden nach meiner Ansicht in folgendem bestehen:

a) im deutschen Reich die gesetzlichen und administrativen Voraussetzungen zu schaffen zu einer möglichst ausgedehnten Ausnützung der vorhandenen Entmündigungsvorschriften für die Anstaltsheilung und Anstaltsversorgung der Trunksüchtigen;

b) in den Einzelstaaten die gesetzlichen und administrativen Grundlagen für die Errichtung von Anstalten, in denen die entmündigten und freiwillig sich meldenden Trinker einem Heilverfahren unterworfen und versorgt werden sollen, und für die Aufbringung der Pflegekosten in diesen Anstalten zu schaffen;

c) in rein medicinischer Hinsicht: die Art der An-

*) Der Vortrag dient zur Erläuterung der von mir aufgestellten und in Nr. 35 dieser Wochenschrift abgedruckten Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige.



stalten, die zur Heilung oder Versorgung der Trunksüchtigen nothwendig sind, und die Art des Verfahrens, welches im Grossen und Ganzen für die Behandlung der Trunksüchtigen maassgebend sein muss, zu bestimmen.

Um die Bestimmungen über die Entmündigung wegen Trunksucht in § 6 Abs. 3 des B. G. in thunlichst ausgedehnter Weise für die Heilung der Trunksüchtigen ausnützen zu können, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

a) präcise Deklarirung des Conditionalsatzes im § 681 der C. P. O. „wenn Aussicht besteht, dass der zu Entmündigende sich bessern werde," wie dies Colla zuerst verlangt hat,

b) Erweiterung des Kreises der Antragberechtigten,

c) anderweite Zutheilung der Kosten.

ad a) Sollte der Richter ein etwaiges Versprechen des Trunksüchtigen oder die Feststellung, dass derselbe in den letzten Tagen oder Wochen weniger getrunken, oder ähnliches niemals als genügend für die Aussetzung der Beschlussfassung ansehen, sondern die Aussicht auf Besserung nur dann als gegeben betrachten, wenn gewisse vollendete Thatsachen von dritter Seite berichtet sind, aus denen der Anfang der Besserung ersichtlich ist, d. i. wenn die Aufnahme des Trunksüchtigen in eine Trinkerheilanstalt oder in einen sich mit Trinkerheilung beschäftigenden Abstinenzverein erfolgt ist. Auch dann ist eine systematische Kur oder eine anhaltende Besserung noch nicht sicher gestellt, da der Trunksüchtige, sobald er sich einigermaassen sicher fühlt, wieder aus der offenen Heilanstalt entweichen und aus dem Abstinenzvereine austreten kann. Deshalb ist es nothwendig, die Möglichkeit der Fortsetzung des Verfahrens für gewisse Fälle und für eine bestimmte Zeit offen zu halten. Die Anfügung einer Definition des Begriffs „Trinkerheilanstalt" ist bei diesen Bestimmungen unerlässlich. Eine Liste der der Definition entsprechenden Anstalten und der zugelassenen Abstinenzvereine wäre jedem Richter zu behändigen.

ad b) Im ersten Stadium der Trunksucht, wo in der Regel noch keine socialen Erscheinungen der Krankheit nachweisbar sind, wären die Aussichten auf Heilung am günstigsten. Hier wird die Krankheit aber meist von den Angehörigen nicht erkannt oder nicht gewürdigt, und wenn dies selbst der Fall ist, so sind die Erscheinungen doch nicht derart, dass ein Entmündigungsantrag als aussichtsvoll angesehen werden könnte.

Erst wenn die Krankheit nach einer oder mehreren Richtungen einen nachweisbaren Abdruck oder eine deutliche Rückwirkung auf die Umgebung des Trunksüchtigen hervorgebracht hat, kann im Allgemeinen nach der Fassung des § 6 Abs. 3 des B. G. an einen Entmündigungsantrag gedacht werden. Es wäre nun hier von grosser Wichtigkeit, wenn der Trunksüchtige, sobald sich ein sociales Symptom seiner Krankheit zeigt, wie Verbrechen, grober Unfug, Misshandlung der Angehörigen, Vernachlässigung der Kinder, daraufhin sofort gefasst und einer Kur unterworfen werden könnte. Dazu ist aber nothwendig, dass verschiedene Behörden und Beamte, z. B. die unter B 2 genannten, in den angeführten Fällen mit der Befugniss ausgestattet werden, den Entmündigungsantrag zu stellen.

Es scheint mir das auch aus dem Grunde empfehlenswerth, weil Privatpersonen als Antragsteller nach § 682 C. P. O. die Kosten des Verfahrens zu tragen haben, wenn der Antrag nicht zur Entmündigung führt, und deshalb den Antrag nur in den allerdringendsten Fällen stellen werden.

Im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung, solange eine Aenderung der einschlägigen Bestimmungen nicht erfolgt ist, könnte es vielleicht von Nutzen sein, wenn Staatsanwalt, Polizeibehörde und die zum Antrag auf Fürsorgeerziehung Berechtigten durch Ministerialschreiben angewiesen würden, die in Betracht kommenden Armenverbände und die Verwandten in den unter B 2 angeführten Fällen darauf aufmerksam zu machen, dass der Antrag auf Entmündigung wünschenswerth sei. In den Fällen, in denen der Armenverband der gegebenen Anregung nicht entsprechen könnte, würde die an die Verwandten gerichtete Aufforderung gewiss nicht selten von Erfolg sein, zumal die Aufforderung diesen häufig den sehr willkommenen Rückhalt für ein vielleicht längst geplantes Vorgehen bietet.

ad c) Die Bestimmungen des § 682 C. P. O. über die Kostenzutheilung sind der Ausnützung des Entmündigungsverfahrens für die Heilung der Trunksüchtigen direct in erheblichem Grade hinderlich.

Der § 682 lautet: „Die Kosten des amtsgerichtlichen Verfahrens sind, wenn die Entmündigung erfolgt, vom Entmündigten, anderenfalls vom Antragsteller zu tragen." Wenn die Entmündigung nun nicht erfolgt, weil der zu Entmündigende nach Stellung des Antrags in einer Trinkerheilanstalt oder in einem Abstinenzverein geheilt wird, so muss der Antragsteller trotz des guten Erfolgs, der seinem Antrage zu verdanken ist, doch die Kosten des Verfahrens tragen. Es ist das sicherlich unbillig und muss viele Verwandte von der Stellung eines Antrags zurückhalten.

Passender dürfte die Uebertragung der einschlägigen Bestimmungen von der Irren-Entmündigung auf die

Trinker-Entmündigung sein. Der § 682 würde dann lauten:

> „Die Kosten des Verfahrens sind, wenn die Entmündigung erfolgt, von dem Entmündigten, anderenfalls von der Staatskasse zu tragen.
>
> Insoweit einem der in § 646 bezeichneten Antragsteller bei Stellung des Antrags nach dem Ermessen des Gerichts ein Verschulden trifft, können demselben die Kosten ganz oder theilweise zur Last gelegt werden."

So lange eine derartige Aenderung nicht getroffen ist, könnte vielleicht vorläufige Abhilfe dadurch geschaffen werden, dass in das Fürsorgegesetz der Einzelstaaten eine Bestimmung aufgenommen wird, die einen Ersatz der Kosten des Entmündigungsverfahrens an die antragstellenden Privatpersonen wenigstens dann vorsieht, wenn die Entmündigung infolge Heilung des Trunksüchtigen nach Stellung des Antrags nicht erfolgt.

In den selbstverständlichen Voraussetzungen für eine Verwerthung der Entmündigung zum Zwecke der Heilung des Trunksüchtigen rechne ich das Vorhandensein des Rechtes und der Pflicht des Vormunds, den Kranken einer geeigneten Anstalt zu übergeben. Dieser Punkt ist in meinen Thesen unter B nicht ausdrücklich hervorgehoben. Vergleiche „Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige" (B), Psychiatrische Wochenschrift, III. Jahrg., No. 35.

Wenn wir nun zu unsern rein medicinischen Fragestellungen in Hinblick auf ein für die Einzelstaaten zu erlassendes Fürsorgegesetz für Trunksüchtige übergehen, so wissen wir seit geraumer Zeit auch in Deutschland, dass alle Veranstaltungen, die sich das Ziel setzen, Trunksüchtige rationell zu behandeln und womöglich zu heilen, nach dem Abstinenzprincip eingerichtet sein müssen. Erst seitdem wir dies wissen, kennen wir auch bei uns Dauerheilungen der Trunksucht in beachtenswerther Zahl. Anfänglich waren es die Abstinenzvereine, dann die Abstinenzanstalten, die uns über die grundlegende Methode unterrichteten. Weiterhin wurden wir bei einigen Anstalten, die nach der alten Methode arbeiteten oder doch die neue Methode nur theilweise und unvollkommen eingeführt hatten, durch die Gegenprobe darüber belehrt, dass es einen Compromiss zwischen dem strengen Abstinenzprincip und dem Trinkprincip bei den Anstalten, ihren Beamten und Insassen nicht giebt und geben kann, sofern ein einigermaassen beachtenswerther Heilerfolg erzielt werden soll. Es ist streng zu unterscheiden zwischen Alkoholfreiheit und Abstinenz; erstere bezieht sich auf den Grund und Boden, letztere auf die Personen. Eine Anstalt kann mit ihren sämmtlichen Adnexen aller alkoholischen Getränke bar und ledig sein und bleiben, und doch sich für Heilung von Trunksüchtigen nicht eignen, wenn die Personen, die an derselben wirken, nicht vollständig abstinent sind.

Die Erfahrung hat nun einerseits gelehrt, dass die besten Heilerfolge in den offenen Abstinenzanstalten, die auf jeden Zwang verzichten, erzielt werden, andererseits sind wir noch kürzlich von erfahrenen Sachkennern (Bleuler, Schaefer, Delbrück) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass für eine grosse Zahl von Trunksüchtigen, und zwar nicht nur für solche mit acuten Psychosen, sondern auch für chronisch Kranke, die geschlossenen Anstalten, d. i. die Irrenanstalten nicht entbehrt werden können. Wir sind daher gezwungen, uns beider genannten Anstalten für die Behandlung und Pflege der Trunksüchtigen zu bedienen, sowohl der offenen Abstinenzanstalten für die ersten Kurversuche, wie der geschlossenen Abstinenzanstalten (d. i. der Abstinenzirrenanstalten) für die Behandlung und Pflege derjenigen Kranken, die in offenen Anstalten nicht zu halten sind oder nicht geheilt werden.

Man wird daher im Grossen und Ganzen einen Unterschied zu machen haben zwischen den heilbaren Kranken, die für die offenen Anstalten passen, und den unheilbaren Kranken, die in die geschlossenen Anstalten gehören. Dabei ist zu betonen, dass jeder Fall von Trunksucht insofern nicht vollkommen heilbar ist, als eine vollständige restitutio in integrum in der Regel nicht erreicht wird, und dass auf der andern Seite kaum von irgend einem Fall von einfacher Trunksucht a priori gesagt werden kann, dass er unheilbar ist. Vorläufig können wir lediglich aus der Erfahrung empirisch die heilbaren von den unheilbaren Fällen trennen, indem wir sie sämmtlich einem gewissenhaften Heilverfahren unterwerfen, hierbei die aufsässigen, störrischen, intriguanten, friedenstörenden Elemente allmählich auszuschalten und der geschlossenen Anstalt zuzuführen streben und mit den übrig bleibenden Kranken, wenn nöthig, mehrere längere Kurversuche anstellen und schliesslich diejenigen, die hierbei nicht geheilt werden, als voraussichtlich unheilbar ansehen und behandeln.

Auch die entmündigten Trinker sollten daher immer erst einem Heilverfahren in einer offenen Anstalt unterworfen werden, ehe wir sie als unheilbar betrachten und einer Irrenanstalt zuführen.

Wir kommen jetzt zu dem weitaus wichtigsten Punkte in der öffentlichen Trinkerfürsorge, zu der Frage, wie sollen die aus der Anstaltspflege und Anstaltsbehandlung der Trunksüchtigen erwachsenden beträchtlichen Kosten aufgebracht werden? An diesem Punkte scheitern diejenigen Herren, die da glauben, vorläufig auf die Inanspruchnahme der Gesetzgebungsmaschine verzichten



zu können. Nach dem geltenden Recht giebt es kein Organ der öffentlichen Unterstützung, welches verpflichtet wäre, Anstalten für unbemittelte Trunksüchtige zu errichten oder die Anstaltspflegekosten für diese zu tragen. Was Wohlthätigkeitsvereine und kirchliche Vereine bis jetzt zu leisten haben, ist Stückwerk geblieben und wird voraussichtlich Stückwerk bleiben. Auch von der Alters- und Invaliditätsanstalt wird man nicht zu viel für die Zukunft erwarten dürfen, denn dieselbe wird naturgemäss sich auf die Fürsorge für ihre Versicherten beschränken müssen, und wird im günstigsten Falle auch für diese nur solange und soweit zu sorgen haben, als Heilung mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten steht.

Die nach § 6 des B. G. entmündigten Trinker werden also, wenn nicht ein Trinkerfürsorgegesetz erlassen wird, voraussichtlich zum grösseren Theil nach wie vor in denselben Verhältnissen ihr Dasein in ihrem Wohnort weiter fristen, wie sie das bisher gethan haben. Daran wird auch der etwa vorhandene gute Wille des Vormunds nichts ändern. Denn das etwa reichsgesetzlich vorhandene Recht oder die Pflicht des Vormunds, für Heilung seines Mündels zu sorgen, dürfte erst dann practisch zur Geltung kommen, wenn die Fürsorgepflicht in Einzelstaaten geregelt ist.

Die Natur der Trunksucht als einer Geisteskrankheit und die geschichtliche Entwicklung des Fürsorgewesens in Preussen weisen gleichermaassen darauf hin, die Trinker in Preussen nach dem Vorschlage von Colla und Schaefer ganz in derselben Weise wie die Geisteskranken zu versorgen. Den Landarmenverbänden ist jetzt schon so ziemlich alles, was geistig krank und gebrechlich oder moralisch verwahrlost ist, zur Fürsorge überantwortet. Nur diejenigen Kranken, die dem Volkskörper den grössten Schaden zufügen und die am leichtesten wieder zu nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft umgewandelt werden können, die Trunksüchtigen, sind bisher von der Fürsorge ausgeschlossen geblieben, sie sind vergessen.

Und doch wäre es verfehlt, wenn man annehmen wollte, die Trinker lassen sich so einfach schablonenmässig in die Reihe der durch den Landarmenverband versorgten Kranken einreihen. Das ist nicht der Fall. Die Eigenartigkeit der für sie erforderlichen Anstalten macht es vielmehr nöthig, verwaltungstechnisch abweichend zu verfahren und die Erfahrungen derjenigen, die bisher in der Trinkerheilung die bedeutendsten Erfolge erzielten, für die Verwaltung dienstbar zu machen.

Ueber die Art und Weise, wie dieses im einzelnen zu geschehen hätte, kann man verschiedener Ansicht sein, aber das eine ist sicher, dass ohne irgendwie geartete Mitwirkung der mit Trinkerheilung sich theorethisch oder practisch beschäftigenden Abstinenzvereine, ohne Verbindung mit diesen Vereinen zum Zweck der Gewinnung geeigneten Personals und zum Zweck der Uebernahme der zu entlassenden Anstaltsinsassen die den Provinzen zu überweisende Aufgabe unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht zu lösen sein würde. Ein Fiasko wäre sicher, und alles aufgewandte Geld würde nutzlos verschwendet sein.

Um die aus der Uebernahme der Anstaltskosten des einzelnen Trunksüchtigen dem Kreis und der Gemeinde erwachsenden Lasten nicht allzu hoch anschwellen zu lassen, halte ich es für zweckmässig, dass der Staat vorweg die Hälfte der Kosten der ersten Kurversuche übernimmt. Diese würden hiernach zu $^3/_6$ dem Staate, zu $^2/_6$ dem Kreis und zu $^1/_6$ der Gemeinde zur Last fallen.

Die von mir aufgestellten Thesen beziehen sich zunächst nur auf die Anstaltsbehandlung und Anstaltspflege

1. derjenigen Trunksüchtigen, die sich freiwillig einem Anstaltsheilverfahren unterwarfen,

2. derjenigen, die gerichtlich wegen Trunksucht entmündigt sind.

Die Frage, was mit den übrigen Trinkern geschehen soll, lasse ich offen.

Die Forderung Collas, Baers, Schaefers und anderer, dass eine Bestimmung getroffen werden soll, nach der Trunksüchtige unter gewissen Voraussetzungen gegen ihren Willen auch ohne vorherige Entmündigung in Anstalten aufgenommen werden können, soll in ihrer Berechtigung nicht bestritten werden, aber das nothwendigste ist doch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung von Trinkerheilanstalten und für die Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben.

Sollte die erstgenannte Forderung Schaefers vorläufig nicht erreichbar sein, so kann auf sie allenfalls einstweilen Verzicht geleistet werden, wenn nur die Fürsorgepflicht schleunigst einer befriedigenden gesetzlichen Regelung unterzogen wird. Vergl. „Thesen zur öffentlichen Fürsorge für Trunksüchtige“ (C), Psychiatrische Wochenschrift, III. Jahrg., No. 35.



Mittheilungen.

— Vorläufige Einladung zur **Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte.** Die nächste Versammlung wird nach Beschluss des unterzeichneten Vorstandes am Montag, den 14. und Dienstag, den 15. April 1902 in München stattfinden.

Als Referatthema ist zunächst in Aussicht genommen: Die Seelenstörungen auf arteriosklerotischer Grundlage. Referent: Herr Dr. Alzheimer in Frankfurt a. M.

Die Anmeldung von Vorträgen wird an den mitunterzeichneten Vorsitzenden (Jolly-Berlin) bis spätestens Ende Februar 1902 erbeten.

Herr Medicinalrath Prof. Dr. Bumm wird die Güte haben, den Vorsitz des Localcomités zu übernehmen, welchem ausserdem die Herren Privatdozent Dr. Gudden und Direktor Dr. Vocke freundlichst beigetreten sind.

Die näheren Angaben über Sitzungslocal u. s. w. werden mit dem definitiven Programm bis Anfang März mitgetheilt werden.

Der Vorstand:
Fürstner, Strassburg. Hitzig, Halle. Jolly, Berlin.
Kreuser, Schussenried. Laehr, Berlin-Zehlendorf.
Pelman, Bonn. Siemens, Lauenburg.

— **Neueste Kurpfuscherei.** Ueber den Trierer Rock lächelt mancher, mancher über den Aberglauben von einst und jetzt, aufgeklärt rühmt man sich zu sein, und vornehmlich der Gebildete hält viel vom Positivismus. Nur die „Moderne“ herrscht in Kunst, Litteratur und Philosophie. In solcher Zeit lohnt es sich, Vergleiche anzustellen, zu prüfen, ob in Wahrheit unser Jahrhundert so aufgeklärt ist, wie es den Anschein hat, im Gegensatz zu einer Epoche, da zu lesen und zu schreiben eine schwierige Geistesfertigkeit war. In der damaligen leichtgläubigen Welt trieb unter anderen ein Erzschwindler sein Unwesen in der frechsten Weise, und die Nachwelt hat auch den Namen dieses Mannes, Heilkünstler seines Zeichens, uns überliefert. Dieser Turneyser zum Thurm brachte es zum Leibarzt eines Kurfürsten von Brandenburg, die vornehmsten Geschlechter, Fürsten und Grafen wandten sich an ihn, und in Briefen wurde er vom Kaiser Maximilian, von der Königin Elisabeth von England, von König Friedrich II. von Dänemark, vom König von Polen Stephan Bathoni, von fast allen deutschen Markgrafen und regierenden Herrschern um Rath gebeten. Stolz auf unser Zeitalter blicken wir in die Wunderwelt neuer Erfindungen und unser Auge weilt auf den Bildern, die Maschinen in 100000facher Vervielfältigung uns bieten, und entgegenstrahlt uns ein Bourbon und ein Habsburger im Kneippkostüm zu Wörishofen. Die jetzige Königin von England ist nicht dabei, aber auch sie war dort als Kronprinzessin. Die Aristokratie Frankreichs wallt nach Lourdes. Wo irgend ein hysterisches Mädchen, die Heiliges gesehen haben will, sich dem Priester entdeckt, da wirkt sie Wunderheilungen. Verabschiedete Leutnants und Oberste werden zum Naturkünstler. Ein Fürst Rohan starb in den Armen des Tischlers Kuhne, der Goslarer Schuster purgierte den obstipirten Adel Hannovers, ein Magnetopath erfreute sich der Protektion Badens, und ein bekanntes Berliner Krankenhaus öffnete seine Pforten einem, der das gleiche Handwerk trieb. Ein gekröntes Haupt, dem ein König als Arzt zur Verfügung stand, ein Bergmann zu gering war, überantwortete sich dem Bandagist Hessing. In Dresden heilt man mit Elsteraugen, zu Schenk eilte der Herrscher aller Reussen. Das Neueste ist, wie die Königsberger Hartungsche Zeitung schreibt, die Gebetsheilung, die seit einiger Zeit in den Kreisen der Berliner und Potsdamer Geburtsaristokratie herrscht. Man lässt sich nicht mehr gesund heilen, sondern gesund beten. Dieser Aberglaube hat sich auch schon auf die Kreise der sogenannten Finanzaristokratie übertragen, so dass das Gesundbeten bereits zum guten Ton gehört. Wer es nicht selber sieht und hört, der kann sich kaum einen Begriff davon machen, welcher Unfug heute in derselben Reichshauptstadt, die sich ihrer Aufklärung und Gesittung rühmt, mit dem Schwindel getrieben wird. Zum Zwecke des Gesundbetens haben sich die Vertreter dieser Heilweise besondere Gebete geschaffen, die sie gegen Stundenlohn à Stunde 2 Mark ableiern. Das Vertrauen in die Wunderkraft des Heilbetens ist so felsenfest, dass z. B. Krebskranke, deren Kehlkopf anschwillt, die äusserste Athemnoth ertragen, ehe sie ärztliche Hilfeleistung in Anspruch nehmen. Diese Gebetsheilungen stammen aus dem Lande des Humbugs, Amerika, wurden von der „Christian Science“ importiert. Der Bericht schliesst mit den Worten: „Vor mehr als Jahresfrist hat diese neue Art von Kurpfuscherei auch bei uns Eingang gefunden, selbstverständlich, wie jede Kurpfuscherei, in erster Linie bei dem hohen Adel Berlins und der Umgegend“. O heiliger Virchow bitt' für uns.

(Korresp. des Verbandes d. Aerzte Deutschlands. 1901. Nr. 6.)

— Auch in den Entwurf des nächstjährigen Etats des preuss. Kultusministeriums sind Mittel für Errichtung einer **psychiatrischen Klinik an der Breslauer Universität** nicht eingestellt worden. Da in Zukunft gemäss der neuen Prüfungsordnung die Psychiatrie einen besonderen Examensgegenstand bildet, wird also die medicinische Facultät, falls jener Mangel nicht behoben wird, nicht in der Lage sein, den Studirenden der Medicin die vorschriftsmässige klinische Ausbildung, d. i. die Approbation als Arzt, zu Theil werden zu lassen. Was das heissen will, braucht hier ja nicht besonders erörtert zu werden.

— Zwei aufsehenerregende Verhaftungen wurden in **Bielefeld** vorgenommen, wie die „Irrenpflege“ meldet. Der Buchhalter Meyer in Wilhelmsdorf und der Hausvater Möntkemöller sind dort verhaftet worden. Beide Verhaftungen erfolgten wegen Unterschlagung. Meyer, der unverheirathet war, fungierte als Generalbevollmächtigter der Bodelschwingh'schen Anstalt in Senne, und soll in dieser Eigenschaft Unterschlagungen in Höhe von ca. 16000 Mk. verübt haben. Die Unterschlagungen Möntkemöller's, der an derselben Anstalt thätig war, sollen noch umfangreicher wie die Meyer's sein, denn man spricht bei ihm von 20000 Mk.



Möntkemöller steht bereits seit ca. 25 Jahren als Diakon im Dienst der Bielefelder Anstalt; er leitete in den achtziger Jahren die Herberge zur Heimath und das Vereinshaus in Gütersloh und später die Arbeitercolonie Wilhelmsdorf in d. Senne bei Bielefeld.

Referate.

— Alfredo Pastena: Ricerche sperimentali e cliniche sull'azione ipnotica dell' Edonal. (Annali di neurologia, anno XIX, fasc. II. III.).

P. hat um festzustellen, ob und wie Hedonal beim Menschen Schlaf hervorruft, zehn unheilbaren Geisteskranken, welche bereits die ganze Nacht durchgeschlafen hatten, von diesem Mittel verabfolgt und zwar der ersten aus 7 Kranken bestehenden Gruppe je 1 Gramm, der zweiten aus 3 Kranken bestehenden Gruppe je 1,5 Gramm. Nach 20—45 Minuten war bei sämmtlichen ruhiger Schlaf eingetreten. Bei der ersten Gruppe war der Schlaf mehr oberflächlich und dauerte $2^1/_2$—4 Stunden, bei der zweiten war er tief und dauerte 3—6 Stunden. In keinem Falle trat nach dem Erwachen irgend eine unangenehme Nachwirkung auf.

Die Zahl der Respirationen war eine Stunde nach Verabfolgung des Hedonals entweder die gleiche wie vorher oder etwas vermindert.

Von 18 Fällen, die 1—2 Gramm Hedonal erhalten hatten, war die Temperatur eine Stunde nach dem Einnehmen gemessen, in 11 Fällen die gleiche wie vor demselben, in vier Fällen war sie um 1—2 Zehntelgrad vermindert, in drei Fällen um 2, bez. 4 Zehntelgrad erhöht. Der Puls blieb regelmässig, in einigen Fällen war die Zahl der Pulsschläge etwas vermindert. Dagegen hat P. eine den Herzmuskel excitirende Wirkung festgestellt, die Systole setzt, wie aus einer Reihe beigegebener Curven hervorgeht, kräftiger ein. Der Blutdruck war regelmässig herabgesetzt, wie P. vermutet, in Folge von Gefässvereiterung.

P. hat das Hedonal angewendet bei Kranken, die an chronischer Schlaflosigkeit litten und zwar gab er das Schlafmittel jedes Mal erst nachdem die Kranken 2—3 Stunden gelegen hatten, ohne einschlafen zu können. Verabfolgt wurde es in Pillenform oder, falls dieselben nicht genommen wurden, in Milch oder in warmem Wasser, dem Syrup zugesetzt war. In alkoholischer Lösung wurde es absichtlich nicht gegeben. Ausser bei Geisteskranken wurde es auch bei körperlich Kranken (Nervenkrankheiten, Herzfehler, Lungentuberkulose, Carcinom, Sarkom u. A.) gebraucht, im Ganzen in 85 Fällen.

P. kommt zu dem Ergebniss, dass Hedonal ein unschädliches, sicher wirkendes Schlafmittel ist. Besonders gut wirkte es bei nervöser Schlaflosigkeit. In den Erregungszuständen der Paralyse, Paranoia, Epilepsie und Manie hatte es neben der schlaferzeugenden auch eine allgemeine beruhigende Wirkung und mehrfach schwanden die Sinnestäuschungen. Bei Krankheiten des Herzens ist es anderen Schlafmitteln vorzuziehen.

Bei körperlich Kranken rufen 1—1,5 Gramm einen Schlaf von 4—6stündiger Dauer hervor, bei Erregungszuständen Geisteskranker waren 2—3 Gramm erforderlich, um einen 6—8stündigen Schlaf zu erzielen. Hedonal hat keine cumulirende Wirkung.

Braune-Schwetz a. V.

Personalnachrichten.

— **Medicinalrath Bandorf †.** Der verdiente Director der Kreisirrenanstalt Gabersee, Herr Medicinalrath Dr. Melchior Bandorf, ist, wie Münchener Blätter melden, am 5. d. Mts. früh 3 Uhr in München gestorben. Der Verstorbene hatte sich um die Psychiatrie bedeutende Verdienste erworben, die er in hervorragender Weise in leitenden Stellungen zu bethätigen Gelegenheit fand. Anfangs der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wirkte er längere Zeit als Directoratsverweser in der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll, dann unter Gudden als Oberarzt an der Kreisirrenanstalt in München. Bei Errichtung der Anstalt Gabersee wurde Bandorf dorthin als Director berufen. Er bekleidete diese Stellung bis vor einem halben Jahre, wo ihn ein hartnäckiges Herzleiden zwang, in den Ruhestand zu treten. Er wurde mit dem Verdienstorden vom heiligen Michael dekorirt. In den letzten Tagen hatte er sich noch einer schweren Operation unterzogen, die aber leider keinen Erfolg mehr haben konnte. Die Beerdigung fand am 6. d. Mts. im Auer Friedhofe statt.

— Lauenburg (Pom.). Der kommissarische Assistenzarzt Dr. Gesterding ist mit einem Besoldungsdienstalter vom 1. August 1901 endgültig als Assistenzarzt angestellt; der Volontairarzt Dr. Wieland ist zum 20. Dezember 1901 auf seinen Antrag aus dem Provinzialdienst entlassen.

— Ueckermünde. Der Assistenzarzt Dr. Luther ist zum 10. Dezember 1901 auf seinen Antrag entlassen, um eine Assistenzarztstelle in Neustadt in Holstein zu übernehmen.

— Schlesien. Der Oberarzt Dr. Jessen wurde auf seinen Wunsch von der Prov.-Anstalt zu Lublinitz in gleicher Eigenschaft an die Prov.-Anstalt zu Freiburg versetzt, der Oberarzt Dr. Neisser bei der Irrenanstalt zu Leubus zum Director erstgenannter Anstalt ernannt. Mit der Directoratsübernahme seitens des Herrn Director Dr. Neisser geht die Gesammtleitung der Anstalt, was wir mit besonderer Freude begrüssen, zum ersten Male in ärztliche Hände über, während bisher ihre Verwaltung mit derjenigen der demnächst zu verlegenden Zwangserziehungsanstalt verbunden war. Unter Herrn Director Dr. Neisser's Leitung wird daher die Anstalt neu eingerichtet und auf mehr als das Doppelte der Krankenzahl vergrössert werden, auch werden ca. 30 % Geisteskranke daselbst Aufnahme finden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 39. 21. December. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Geisteskrankheiten bei Gefangenen.*)

Von Dr. *Longard*, Kgl. Gerichtsarzt, ärztlichem Leiter der Irrenabtheilung am Kgl. Gefängniss in Köln.

Am 1. October vorigen Jahres ist am hiesigen Gefängniss eine Irrenanstalt, eine Irrenabtheilung eröffnet worden, deren ärztliche Leitung mir übertragen worden ist. Gestatten Sie, dass ich in kurzen Zügen einige Gesichtspunkte Ihnen erläutere, die es neben anderen nothwendig erscheinen lassen gerade an den Gefängnissen solche Anstalten zu errichten.

Welch' grosse Rolle krankhafte Geisteszustände bei Begehung von Verbrechen spielen, das sehen Sie Tag für Tag bei den Gerichten; das Interesse, welches man gerade diesen Fragen von allen Seiten entgegenbringt, ist in den letzten Jahren zweifellos gewachsen. Mag man auch den Lombroso'schen Lehren über den Ursprung des Verbrecherthums nicht im Allweg sich anschliessen, oder auch ihnen gegenüber sich absolut ablehnend verhalten, das ist jedenfalls ausser Zweifel, dass das Auftreten dieses Mannes den Hauptanstoss gegeben hat, die Frage über Beziehungen von Geisteskrankheit und Verbrechen in Fluss zu bringen und ihr eine grössere Beachtung entgegenzubringen, als dies bisher je geschah. Man gewöhnt

*) Vortrag gehalten am 13. November 1901 im Gefängnissverein in Köln.



sich mehr und mehr daran, nicht nur mit dem Verbrechen, dem verletzten Paragraphen des Strafgesetzbuchs, sondern auch mit der Persönlichkeit des Rechtsbrechers sich intensiver zu beschäftigen.

Wie richtig und wie nothwendig dies ist, das zeigen nicht nur die Erfahrungen, welche man bei der Untersuchung von Rechtsbrechern zum Zwecke der Urtheilsfindung macht, sondern auch die Beobachtungen des geistigen Verhaltens der Gefängnissinsassen während des Strafvollzugs. Es sind von verschiedenen Strafanstaltsärzten Berechnungen gemacht worden über die Zahl der geistigen Erkrankungen von Gefangenen. Das Resultat ist ausserordentlich verschieden ausgefallen. Je nachdem die Aerzte irrenärztlich vorgebildet und den Geisteszuständen mehr Interesse und Verständniss entgegenbrachten oder nicht, je nachdem die Gefängnissvorstände der Erforschung Interesse und Förderung oder Hindernisse in den Weg legten und je nachdem die Aerzte krankhaften Zuständen eine grössere oder geringere Bedeutung beilegten, mussten die Zahlen grösser oder kleiner ausfallen. Jedenfalls hat sich aber das herausgestellt, dass ungemein viel häufiger Verfall in Geistesstörung bei Gefangenen zu beobachten ist als bei der freien Bevölkerung. Nach meiner Ansicht kommen diejenigen Aerzte der Wirklichkeit am nächsten, welche die Zahl der Geistesstörungen bei Gefangenen auf 3 % sämmtlicher Insassen annehmen. Noch höher wird sich der Prozentsatz gestalten, wenn man Defektzustände, geringere Grade von Schwachsinn, epileptische Zustände und dergleichen noch mitrechnet. Wenn wir die Zahl 3 % annehmen, so würden danach etwa 10 Mal mehr Leute in Gefängnissen an Geistesstörungen erkranken, als Leute der freien Bevölkerung.*)

Die Frage, ob es eigentliche Gefängnisspsychosen giebt, und ob die Haft allein geeignet ist, eine Geistesstörung hervorzurufen, diese Frage ist häufig ventilirt worden. Besonders wurde von einigen Aerzten die Einzelhaft beschuldigt. Diese Frage ist nicht unwichtig und wohl werth sorgfältig geprüft zu werden, besonders jetzt, wo man dazu übergeht, die gemeinsame Haft mehr und mehr zu beseitigen um mehr Einzelhaft einzuführen, welche ja in vielfacher Hinsicht die grössten Vorzüge vor der gemeinsamen Haft hat. Ich habe nun wohl in meiner Gefängnissthätigkeit die Beobachtung machen können, dass bei Untersuchungsgefangenen, die in Einzelhaft sich befinden, ganz akute Geistesstörungen meist gleicher Art nicht ganz selten sich ausbilden, eine Beobachtung, die ich früher, als wir noch mehr gemeinsame Haft hatten, bei Untersuchungsgefangenen, die in gemeinsamer Haft sich befanden, nicht in dem Maasse machte und für welche ich die Einzelhaft doch hauptsächlich verantwortlich machen muss. Es waren stets ganz akut eintretende hallucinatorische Prozesse, Verwirrtheitszustände, die in kurzer Zeit, nachdem die Erkrankten in geeignete Pflege in gemeinsamen Raum in's Lazareth kamen, ausheilten. Zwei dieser Erkrankten habe ich noch krank nach Hause entlassen und es ist dort nach einigen Wochen Genesung eingetreten. Es waren meist ganz gesunde kräftige, früher ganz normale Leute, die auch eine längere Verbrecherlaufbahn nicht hinter sich hatten, auch keine Alkoholiker waren. Der Verlauf war meistens der: In einigen Fällen wurde mir des Morgens gemeldet, der Gefangene habe in seiner Zelle alles kurz und klein geschlagen, habe die Fensterscheiben demolirt oder dergleichen und wenn ich dann beobachtete, sah ich, dass meist Gehörs- und Gesichtstäuschungen auf den Gefangenen einwirkten. Die Leute hörten drohende Stimmen, es wurde geschimpft, gerufen, sie würden ermordet, zum Tod verurtheilt; es wurde ihnen alles mögliche unangenehme von der Familie zugerufen, die Frau, der Vater sei gestorben, alles sei vernichtet; sie hörten die wimmernden Stimmen der Kinder und glaubten, auch sie wären im Gefängniss. Sie sahen Figuren religiösen Inhalts, Christus, helle Lichtscheine. In einigen Fällen standen die Leute, das geschnürte Bündel unter dem Arm an der Thüre und klopften, man habe ihnen gerufen, die Frau wartete draussen: sie seien entlassen etc. Es haben sich indess daraus tiefer greifende andauernde Psychosen nicht entwickelt. Es lässt sich nun ja auch denken, dass von vielen Inhaftirten der plötzliche Wechsel, die Aenderung aller Verhältnisse nicht ohne Weiteres vertragen wird Eben noch im freien Leben stehend, jetzt abgeschlossen von Allem, allein in einer Zelle ohne Anregung und Ablenkung. Es kommt hinzu die Schande, das Ehrgefühl, das ihn quält, die Sorge um die Familie und die Existenz, die ungewisse Zukunft, die Furcht vor Strafe. Alles das stürmt auf ihn ein und beeinflusst ihn in seinem Denken und trägt dazu bei, dass er alle Eindrücke, die er von aussen noch empfängt, vielfach verfälscht in sich aufnimmt und sie umbildet im Sinne seines gedrückten Gemüthszustandes. Meist sind es unbestrafte oder doch wenig bestrafte Leute. Auf den Gewohnheitsverbrecher macht ja die Inhaftirung nicht den mindesten Eindruck mehr.

*) siehe Dr. U. Scheven in Rostock, Archiv für Kriminalanthropologie. IV.

Dr. R. Günther. Ueber Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher. Leipzig. Verlag Vogel. 1893.



Im Allgemeinen ist es indess bei Strafgefangenen nicht die Haft, speciell die Einzelhaft allein, welche die Ursache der so zahlreichen geistigen Erkrankungen ist, sondern es sind weit mehr andere Momente, die zu beschuldigen sind. In den meisten Fällen sind es Individuen, die schon vor der Inhaftirung geistig nicht völlig normal waren, defekte, entartete, krankhaft veranlagte, geistig minderwerthige Leute, die sich zum Theil ruhelos, ohne festes Heim vagabondirend umhergetrieben hatten und deren Nervensystem durch Excesse aller Art geschwächt war. Gar häufig erscheint bei ihnen die Strafthat in einem andern Licht, wenn wir die ausgebildete geistige Erkrankung später vor Augen haben und einen Rückschluss bilden können auf die geistige Verfassung zur Zeit der That; besonders häufig ist dies der Fall bei Affektverbrechern und Sittlichkeitsverbrechern.

Die Formen der geistigen Störung, die wir bei Strafgefangenen beobachten, sind, was das Zahlenverhältniss der einzelnen Gruppen betrifft, doch wesentlich verschieden von denen der freien Bevölkerung. Seelenstörungen, wie Manie, Melancholie und auch die progressive Paralyse, die Gehirnerweichung, welche bei der freien Bevölkerung einen so grossen Procentsatz beträgt, treten doch in ihrer Häufigkeit sehr stark zurück und sind verhältnissmässig selten. Am meisten kommen zur Beobachtung die grosse Gruppe der Paranoia, der Verrücktheit und der Schwachsinn mit seinen einzelnen Arten.

Nicht selten erlebt man auch bei Gefangenen im Strafvollzug ganz plötzlich auftretende hallucinatorische Verwirrtheitszustände ähnlicher Art, wie ich sie vorhin geschildert habe. Die Störung kann rasch wieder in Heilung übergehen. Ich habe sogar schon gesehen, dass schon nach mehreren Tagen der Geist sich wieder klärte und nach einer längeren Abgespanntheit und Erschöpfung im Lazareth bald wieder Genesung eintrat. Man benennt gerne diese akute Form hallucinatorischer Verwirrtheit bei Gefangenen mit dem Namen Zuchthausknall. Nicht selten indess tritt in dieser akuten Weise, wenn auch meist weniger stürmisch und unvermittelt das Bild der hallucinatorischen Verrücktheit, oder der Paranoia überhaupt, wenn es noch gestattet ist unter diesen Begriff in früherer Art die vielen Formen chronischer Wahnsinnsstörungen unterzubringen, im Gefängniss zu Tage. Erst allmählich wenn sich die Erregung mehr legt, kommen die Wahnideen mehr zum Vorschein und die Zeichen der Verrückung des Standpunktes des Erkrankten zu seiner Umgebung und zur Aussenwelt. So habe ich in meiner Irrenabtheilung gegenwärtig einen Kranken, einen früher unbescholtenen Affektverbrecher, der nach 15 jähriger Zuchthausverbüssung, in der er sich gut führte, jedoch stets äusserst leicht reizbar und erregbar war, plötzlich wirr und erregt wurde, Flammen sah und Alarm schlug. Die Hallucinationen und die Verwirrtheit traten in der Folge in den Hintergrund und heute nach der äusserst kurzen Zeit von sechs Monaten bietet er das ausgesprochene Bild chronischer Verrücktheit. Er ist „Freiheitsmann" wie er sagt, verlangt täglich entlassen zu werden, hat äusserst lebhafte Grössenideen, hat sich einen adligen Namen beigelegt und stolzirt mit papierenen Orden behängt, gravitätisch einher. Meist schleicht sich indess die Paranoia langsam und allmählich ein und häufig währt es sehr lange, oft viele Monate, ja Jahre, bis man klar erkennt, dass man es mit einem Geistesgestörten zu thun hat, oft erst, nachdem er häufig wegen Widersetzlichkeit, Frechheit, falschen Anklagen, Arbeitseinstellung, Demoliren von Gegenständen, mit schweren Disciplinarstrafen belegt wurde. Alle diese Vergehungen gegen die Hausordnung hatten schon ihren Grund in wahnhaften Vorstellungen, Illusionen und Sinnestäuschungen, meist in Beeinträchtigungsideen, indem der Gefangene sich von Aufsehern und den Oberbeamten benachtheiligt, schlecht behandelt, chikanirt und verfolgt glaubte. Die verhängten Disciplinarstrafen haben nur den Effekt gehabt, ihn in seinem wahnhaften Glauben zu bestärken und zu festigen.

Diejenigen Verrückten, welche sich besonderer Liebe von Seiten der Beamten erfreuen, sind die Querulanten. Meist entwickelt sich der Querulantenwahn auf dem Boden des Schwachsinns; bei ihnen tritt die Urtheilslosigkeit und das Krankhafte meist sehr bald zu Tage. Weit schwieriger ist die frühzeitige Erkennung bei Leuten guter, oft sehr guter Intelligenz, bei welchen sich diese Krankheit ebenfalls entwickeln kann. Häufig können diese erst für ausgesprochen geisteskrank erklärt werden, nachdem sie durch ihr Queruliren grosse Stösse von Akten bei verschiedenen Behörden zusammengearbeitet und einzelne Beamte fast bis zur Verzweiflung durch ihre Schreiberei gemartert und gequält haben. Anfangs bewegen sich bei den intelligenten Querulanten die Eingaben und Anträge an Behörden, die Beschwerden über angethanes Unrecht noch in scheinbar normalen Grenzen und erscheinen nicht auffallend. Mehr und mehr nehmen sie an Ausdehnung zu; jede Antwort — leider muss ja immer jedes Schriftstück beantwortet werden — erzeugt neue Eingaben, neue Beschwerden, immer wieder werden höhere Behörden mit der Sache befasst. Der Reichstag, der Bundesrath, der Kaiser werden angerufen. Es tritt das per-



sönliche Moment in den Vordergrund; dieser und jener Richter ist gegen ihn eingenommen. Es sind unzählige Meineide geschworen. Der Vertheidiger arbeitet zusammen mit der Anklagebehörde. Unterschriften, Akten sind gefälscht. Die Richter wollen wider besseres Wissen das Urtheil nicht umstossen um sich vor der Oeffentlichkeit nicht zu blamiren. Es wird ihnen Befangenheit vorgeworfen. Sie werden deshalb bei einem neuen Verfahren abgelehnt. Alles arbeitet gegen ihn. Eine Unsumme von Gesetzesparagraphen werden bei den Eingaben citirt. Nicht selten verfügen solche Leute über eine enorme Gesetzeskenntniss. Während Anfangs das Queruliren noch mit einer gewissen Unlustempfindung über das begangene Unrecht verbunden ist, ist es später nicht selten von freudigen Empfindungen begleitet. Es schleichen sich Grössenideen ein; die Leute glauben, ihre Sache wird ein enormes Aufsehen machen, grösser als der Fall Dreyfuss; die Sache wird den Reichstag beschäftigen. Es werden dann Vorschläge zur gänzlichen Umänderung der Gerichtsordnung ausgearbeitet. Mehr und mehr kann man dann erkennen, dass das klare Urtheil allmälich sich trübt, und der früher oft bewunderte Scharfsinn schwindet, das logische Denken ganz abhanden kommt und allmählich eine gewisse Verwirrung zu Tage tritt. Nicht immer wird es indess möglich sein, bei diesen lästigen Individuen ein sicheres Urtheil abzugeben und die Behörden von diesen Unholden zu befreien.

Dass sich unter den Gefangenen eine äusserst zahlreiche Menge geistig inferiorer, schwachsinniger minderwerthiger Individuen befinden, das ist eine bekannte Thatsache. Auch in den Provinzialarbeitshäusern sind nach meiner Ansicht die meisten Insassen geistig minderwerthige, grossentheils ausgebildete schwachsinnige Individuen mit geistigen und moralischen Defekten behaftet, entartete Personen, entartet in Folge erblicher Belastung, in Folge von Krankheit, z. B. vielfach Epilepsie oder durch ungeregeltes Leben, Trunksucht und dergleichen, Leute, die zu einem selbstständigen Leben überhaupt nicht mehr tauglich sind. Es ist dies eine Thatsache, die weit grössere Beachtung verdient, als ihr bisher zu Theil geworden ist. Man sollte diese Leute dauernd von der Landstrasse entfernen. Am meisten zu berücksichtigen ist bei Verbrechern eine Form geistiger Minderwerthigkeit und Schwäche, die Imbecillität, die Moral insanity. Sie führt den Zuchthäusern die schwersten und gefährlichsten Verbrecher zu. Gemeiniglich erkennt man diese Form von Abnormität nur mehr als Theilerscheinung einer allgemeinen Geistesschwäche an. Indess ist der moralische Defekt doch so vorherrschend, dass man die Bezeichnung moral insanity doch beibehalten kann. Es ist nicht immer leicht, das Krankhafte, Abnorme bei solchen Individuen herauszufinden, zumal bei vielen das formale Denken ziemlich intakt, das Gedächtniss oft ein ganz ausgezeichnetes, die Kenntnisse nicht unter der Norm sind und auch ihren Handlungen nicht selten ein grosses Raffinement und eine zielbewusste Ueberlegung innewohnt. Auffallend sind die Individuen von Kindheit an, der Imbecille ist der geborene Taugenichts. Es zeigt sich früh in der Kindheit schon die Verkehrtheit der Triebe und seines ganzen Wesens, so dass sich die Umgebung schon früh sagt: Mit dem kann es doch nicht richtig im Kopfe sein, ohne eigentlich recht zu erkennen, worin das Krankhafte, Abnorme der Veranlagung liegt. Sie sind baar jedes sittlichen Gefühls, ohne Liebe und Anhänglichkeit zu den Eltern, zur Familie, zur Heimath, ohne religiösen Sinn, stets niedrig in der Gesinnung, zum Wüsten hinneigend, grausam, kaltblütig und brutal, ohne innere Regung und Gewissen, ohne Reue; dabei meist eitel und von sich übermässig eingenommen, so dass man häufig Ideen von ihnen hört, die mit ihrer Lage nicht in Zusammenhang zu bringen sind und die man als Grössenideen bezeichnen könnte. Häufig sind sie mit übersprudelnder Phantasie behaftet, machen die tollsten Zukunftspläne. Es ist ihnen ein hoher Gedanke, auch durch grosse verwerfliche Handlungen die Helden des Tages zu sein. Mögen sie auf niederer oder höherer intellectueller geistiger Stufe stehen, sie stellen sich stets ausserhalb der Gesellschaft und gegen sie, sind antisocial in des Wortes verwegenster Bedeutung. So manche anarchistische Scheusale der neueren Zeit gehören dieser Gruppe von geistig defekten Menschen an.

Die Imbecillen sind häufig sehr erregte und äusserst reizbare Menschen, impulsiv, augenblicklichen Eingebungen ganz sich hingebend. Ohne jede Hemmung und Gegenvorstellung schreiten sie zu den schlimmsten Verbrechen und Vergehen. Strafe nützt meist gar nichts. Sie sind die Crux der Gefängnisse und Irrenanstalten; sie hetzen und complottiren, sind boshaft und äusserst verschlagen. Vor ihnen ist man keinen Moment sicher. Es fehlt ihnen so jede Logik, jedes folgerichtige Urtheil, ihr Handeln lässt jede besonnene Ueberlegung vermissen. So habe ich momentan in der Irrenabtheilung unter anderen Imbecillen ein jugendliches Schulexemplar mit einem ganz tollen Verbrechervorleben. Diebstahl, Brandstiftung, Mordversuch in verschiedenen Fällen zieren seinen Lebenslauf. Zeitweise ganz trätabel, demolirt er neulich z. B. plötzlich die ganze Zelle; warum? weil die Suppe



zu dünn und kalt ist, oder er plant, aus gleich nichtigen Gründen den Oberaufseher oder mich zu erschlagen.

Die Zahl der Imbecillen ist eine sehr grosse und Sie ahnen nicht, welche Gefahr diese Defektmenschen darstellen. Nur eine geringe Zahl niedriger stehender Imbecillen wird man in Irrenhäusern unschädlich machen können und für unzurechnungsfähig erklären können; die meisten wird man leider, da wir noch gar nicht gegen diese Leute gewappnet sind, ihr verbrecherisches Handwerk treiben lassen müssen und, im Zuchthaus zum Verbrechen weiter gezüchtet, wieder auf die Menschheit loslassen müssen. Einer besseren Zeit, in der man weniger falsch angebrachte Sentimentalität an den Tag legt und sich gegen wissenschaftliche Forschung etwas weniger ablehnend verhält, wird es vorbehalten sein, auch diese wie die übrigen geistig abnormen zu Verbrechen geneigten Individuen durch dauernde Internirung aus der bedrohten menschlichen Gesellschaft zu entfernen oder doch so lange zu interniren, bis ihre Gefährlichkeit nicht mehr eine so grosse ist.

Aus dieser Gruppe von geistig Defekten und aus der Klasse der Paranoia, der Verrücktheit, rekrutiren sich die gefährlichsten der verbrecherischen Irren; damit bezeichnet man diejenigen Geisteskranken, die in Folge ihrer Geisteskrankheit besonders zum Verbrechen neigen. Leider muss ich sagen, dass die Gesellschaft vor den gefährlichsten dieser geistesgestörten Verbrechern absolut schutzlos ist.

In Irrenanstalten sind sie ein äusserst störendes und lästiges Element und üben einen schlechten Einfluss auf die übrigen Kranken aus. Es ist auch ganz unmöglich, sie dort festzuhalten; überall gelingt es ihnen zu entweichen. Die Provinzialirrenanstalten und auch diejenigen Anstalten, die besonders zur Internirung von verbrecherischen Irren gebaut sind, auch manches Bewahrungshaus, genügen den Anforderungen nicht völlig, wie manche Erfahrungen gezeigt haben.

Will man für diese Leute eine Anstalt bauen, muss man sich von der ärztlichen Humanität grösstentheils frei machen. Bei diesen Leuten ist das verbrecherische Wesen absolut vorherrschend. Man wird ein starkes gefängnissartiges Gebäude errichten müssen, womöglich mit starker militärischer Bewachung. Im Gefängniss sind sie noch besser aufbewahrt, als in der Irrenanstalt; doch widerspricht es durchaus dem Geist des Gesetzes, sie dort zu belassen. Die Anstalt, in der sie unterzubringen sind, muss absolut gefängnissartig sein, auch gefängnissartig geleitet sein. Es wird mit der Zeit doch möglich sein, hier etwas Ordentliches zu schaffen. Es sind nur wenige Kranke, die in dieser Weise unterzubringen wären, auch werden diese im Laufe der Zeit den gefährlichen Charakter verlieren und können dann ohne Bedenken in den gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht werden.

Ich habe momentan, um Ihnen ein Beispiel zu nennen, auf der Irrenabtheilung einen verrückten Verbrecher, den viele von Ihnen aus Ihrer Thätigkeit kennen. Unser Herr Vorsitzender hat sich, wie ich aus den Acten sehe, in Bonn, Coblenz, Elberfeld und hier schon mit ihm beschäftigt. Die Spezialität dieses Kranken sind äusserst waghalsige Einbruchsdiebstähle und Pferde- und Rinder-Diebstähle. Bei seinen Raubzügen ist er stark bewaffnet. Auf einen reitenden Gendarmen, der ihn verhaften wollte, schoss er im Jahre 1895 ohne Weiteres und verletzte ihn schwer. 1895 für geisteskrank erklärt, ist er aus mehreren rheinischen Irrenanstalten, wie allein die Acten ergeben, seit 1896 siebenmal entwichen. Sofort nimmt er sein Räuberhandwerk immer wieder auf. Im März dieses Jahres entwich er aus St. Thomas bei Andernach und setzte nun durch seine furchtbaren und zahlreichen Einbruchsdiebstähle zuerst die Moselgegend, dann den Westerwald und zuletzt die Gegend von Waldbröl in Angst und Schrecken. In der Waldbröler Gegend campirte er meist im Wald. Die Bevölkerung verproviantirte ihn, weil sie Angst vor ihm hatte, und hielt ihn verborgen. Einer starken Abtheilung Gendarmen und Geheimpolizisten gelang es nicht ihn zu fassen. Erst als der Herr Regierungspräsident eine hohe Belohnung auf seine Auslieferung ausschrieb, wurde er verrathen und ausgeliefert. Häufig geht das Gerücht jetzt noch dort um, er sei wieder frei und die ganze Gegend ist in Erregung. Er ist ein kräftiger, sehr mobiler Mensch, intelligent, sehr gewandt, äusserst lebhaft, erregt, von Wahnideen und Gehörstäuschungen und ewiger Unruhe gepeitscht. Er nennt sich selbst Räuberhauptmann Burggraf von Lauffen. Es wird ganz unmöglich sein, ihn in den jetzigen Irrenanstalten festzuhalten. Er sagt mir selbst: „Herr Doctor, ich weiss, dass ich von hier wieder in ein Tollhaus komme. Ich wünsche nach Waldbröl zu kommen in die Anstalt. Ich verspreche dort zu bleiben. Sie wissen, ich bin so gewandt und so gerieben, aus allen anderen Anstalten werde ich entweichen". Es wäre beinah zu überlegen, ob die Behörde in ihrer absoluten Machtlosigkeit diesen Menschen gegenüber sich nicht in einen Vertrag mit ihm einlassen soll.

Aehnliche Fälle habe ich schon einige gehabt.

Noch ein Wort zur Frage der Simulation. Man



nimmt gemeiniglich an, dass Simulation von Geisteskrankheit häufig sei. Das ist absolut unrichtig. Der bekannte Irrenarzt Gudden behauptete, dass er niemals einen geistig normalen Simulanten gesehen hätte. Ich habe mich zu demselben Standpunkt durchgerungen bei dem äusserst grossen Material, welches ich zu beobachten hatte in den 9 Jahren, da ich hier Hausarzt, wenn ich so sagen darf, zu sein die Ehre habe. Besonders werthvoll ist es, dass ich Gelegenheit habe, die Leute auch nach der Verurtheilung weiter zu beobachten und es hat sich da dann bei einigen erst während der Strafhaft herausgestellt, dass sie, nachdem sie Geisteskrankheit erwiesener Maassen simulirt hatten und dann eine Zeit lang ein unauffälliges Verhalten zeigten, thatsächlich geisteskrank oder doch in hohem Grade geistig abnorm waren. Damit, dass man gefunden hat, dass ein Verbrecher simulirt, ist die Begutachtung noch lange nicht zu Ende. Im Allgemeinen simuliren nur geistig abnorme Leute, Geistesschwache, Imbecille und Verrückte, entartete Gewohnheitsverbrecher. Dem Geistesgesunden ist es etwas unsympathisches, fern liegendes, Geisteskrankheit zu simuliren. Er hat auch nicht die Ausdauer, es lange fortzusetzen; auch ist ihm die Aussicht, in's Irrenhaus zu kommen, nicht gerade verlockend. Dem abnormen Verbrecher ist es zur zweiten Natur geworden zu lügen und zu betrügen; er lügt und betrügt auch im geistig gestörten Zustand. Besonders den Imbecillen macht es grosse Freude, den Arzt anzuführen, den Hanswurst zu machen und den Verrückten zu markiren und sie entwickeln darin eine Riesengeschicklichkeit. Meine Acten enthalten in dieser Beziehung ein äusserst interessantes Material. Ich will nicht gerade leugnen, dass es reine Simulanten giebt. Sie sind aber jedenfalls sehr selten. Gesehen habe ich noch keinen.

Meine Herren! Alle diese auch für die Allgemeinheit wichtigen Fragen zu klären, dafür sind neben anderen mehr praktischen Gesichtspunkten die Irrenabtheilungen eingerichtet; sie sollen eine Beobachtungsstation sein; und wenn Aussicht auf Heilung vorhanden ist, sollen sie auch als Heilanstalt dienen. Aus vielen Gründen, die ich hier nicht weiter erörtern will, war die Schaffung solcher Stationen als Adnexe an Gefängnisse durchaus geboten und es ist nur zu wünschen, dass noch mehrere errichtet werden. Wie ich Ihnen nur kurz andeuten wollte, giebt es noch viel zu klären und noch viel zu wirken auf diesem Gebiet, besonders was die Prophylaxe des Verbrechens betrifft. Es kann unendlich viel Segensreiches zur Verhütung gerade von Verbrechen, die von geistig abnormen Personen verübt werden — und es sind dies häufig die schwersten — geschaffen werden. Die vornehmste Aufgabe des Arztes ist es, nicht insbesondere Krankheiten zu heilen, sondern sie zu verhüten. Das ist auf diesem Gebiet auch Ihre Aufgabe. Wenn Aerzte, die Verwaltung und die Justiz sich verbinden, ihre Erfahrungen zusammentragen und sich bestreben, das Verbrecherthum, diese schwere Krankheit am Volksleben durch geeignete Maassnahmen einzudämmen, dann ist ein verdienstvolles und hohes Werk gethan.

Irrenpflege und Tuberculose.

Von *Dr. Jos. Starlinger*, Primararzt der n.-öst. Landes-Irrenanstalt in Wien.

(Schluss.)

Jeder Kranke hat womöglich sein bestimmtes Ess- und Trinkgeschirr, weshalb dasselbe am besten mit Nummern versehen sein soll. Dasselbe gilt von den Waschutensilien.

Essgeschirr und Besteck ist vor dem Wechsel mit Lauge zu reinigen.

Oefteres Händewaschen ist angezeigt. Unreine Kranke sind täglich zu baden. Barthaare sind kurz zu halten oder zu rasiren. Beschmutzte Kleider sind täglich zu wechseln. Die Kleider sind nicht zu warm, Hals und Mitte nicht beengend, keine Mieder. Täglicher Wechsel der Taschentücher ist geboten. Alle Sputa sind sofort zu entfernen. Am Boden das Gröbere mit Papier zu beseitigen und die Stelle nachher mit Lysol aufzuwaschen. Papier und Lysolbäuschchen sind zu sammeln und nachher zu verbrennen.

Für das richtige Absetzen der Sputa von Seite der Kranken sind dieselben möglichst zu erziehen und die Speifläschchen in Anwendung zu bringen.

Sputa sollen nicht verschluckt werden.

Besuche sollen nur im Besuchszimmer empfangen werden, sonst Ueberschuhe und nur mit Erlaubniss des Arztes zu verstatten.

Dienstbelehrung für das Pflegepersonal. Die Tuberculose ist eine übertragbare Krankheit, die alljährlich Tausende von Menschen dahinrafft und zu der insbesonders Geisteskranke disponieren. Sie wird verursacht durch den Tubercelbacillus, ein winziges stäbchenförmiges nur mit starker Vergrösserung sichtbares Gebilde, das bei Blutwärme am besten gedeiht.

Der Tuberkel-Bacillus ist weit verbreitet, aber nicht überall vorhanden, sondern nur dort, wo er von tuberculösen Menschen oder Thieren hin verschleppt



wird. Er stammt daher nur aus dem Auswurfe kranker Menschen (beim Ausspucken, Husten, Niesen, selbst Singen und lautem Schreien) und aus den thierischen Producten (Milch, Fleisch, Butter, Käse) von kranken Thieren.

Dem Sonnenlichte widersteht er nicht lange. Auch von Carbol, Lysol, Formaldehyd, Sublimat wird er vernichtet.

Die Ansteckung kann erfolgen:

1. durch Einathmen von vertrocknetem Auswurf schwindsüchtiger, wenn derselbe als Staub aufgewirbelt und eingeathmet wird oder wenn von den Kranken beim Husten, Niesen, Schreien kleinste Tröpfchen verschleudert und von nahestehenden Personen zur Einathmung kommen.

Es kann auch geschehen, dass Theile des Auswurfes mit den Schuhen, Kleidern, Taschentüchern vertragen werden.

2. Durch Nahrungsmittel (Milch, Fleisch, Butter Käse, Geflügel).

3. Durch Gebrauchsgegenstände, die mit Bacillen verunreinigt oder beschmutzt worden sind (Ess-, Trink-, Waschgeschirr, Thürklinken etc.).

Die eingeathmeten Tuberkel-Bacillen erzeugen die bekannte Lungenschwindsucht, die verschluckten Keime kommen in den Darm und erzeugen dort Geschwüre und durch die inficirten Körpersäfte können Lymphdrüsen (Scrophulose) und Knochenerkrankungen hervorgebracht werden.

Zu den Schutzmaassregeln zählt in erster Linie die Behandlung des Auswurfes. In den Lungenheilstätten Geistesgesunder, trägt jeder Patient ein Dettweilersches Fläschchen mit sich, worein er spucken muss. Auch bei lungenkranken Geisteskranken ist dieses soweit als möglich anzustreben. Wo dies nicht möglich ist, ist wenigstens das Herumspucken möglichst zu verhüten, dadurch dass Kranke angehalten werden in die Spucknäpfe oder ins Taschentuch zu spucken.

Tritt trotzdem Verspucken auf, so ist der Auswurf sofort in der früher angegebenen Art (Hausordnung) unschädlich zu machen.

Beim Husten sollen die Kranken sich ein Taschentuch vorhalten, im übrigen wird empfohlen, sich während des Hustenactes nicht in unmittelbarer Nähe zu halten und mit dem Gesichte abgewendet. Die Spucknäpfe müssen daher in Brusthöhe angebracht werden, damit auch beim Ausspucken des Schleimes kein Verspritzen kleinster Theile stattfindet.

Taschentücher oder Compressen sind täglich wenigstens zu wechseln, ebenso beschmutzte Effecten (Kleider, Wäsche).

Peinlichste Reinlichkeit in allem, Vermeidung jeglicher Staubentwicklung ist Grundbedingung jeder erfolgreichen Behandlung von Lungenkranken. Unreine Kranke erhalten am besten täglich ein kurzes Reinigungsbad. Der Kehrbesen ist verboten, alles muss feucht behandelt werden (Boden, Wände, Möbel).

Viel Licht und Luft unterstützt die Heilung der Schwindsucht und hemmt die Vegetation des Tuberkelkeimes. Schutzvorrichtungen gegen das Licht sind deshalb nur im äussersten Falle gestattet und für ausgiebige Lufterneuerung (ohne Zugluft zu erzeugen!) stets Sorge zu tragen für Tag und Nacht. Der Aufenthalt im Freien in geschützter Lage ist ein wesentlicher Behandlungsfactor, deshalb derselbe auf alle Weise anzustreben.

Die Kleidung sei weder zu warm noch zu kühl und Hals und Mitte nicht beengend, keine Mieder, keine Leibriemen!

Die genügende, oft sogar reichliche Ernährung spielt bei der Schwindsuchtsheilung eine grosse Rolle.

Ihr ist auch von Seite des Pflegepersonals eine erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden und durch Zuspruch, besonders Geduld bei der Verabfolgung, sowie Eingehen auf besondere Wünsche des Kranken zur Aufnahme anzuregen. Wechsel der Speisen regt an und erhält den Appetit.

Ich bin bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit von der Annahme ausgegangen, dass jede Anstalt ihre Tuberculosen selbst behandeln und behalten soll, wohl wissend, dass auch Stimmen für eigene Central-Lungenheilstätten Geisteskranker, z. B. bei der letzten Generalversammlung des medicinisch-psychologischen Vereines in London, laut geworden. Ich habe diese Eventualität nicht in den Bereich meiner Ausführungen gezogen, weil anerkannte Autoren auf dem Gebiete der Schwindsuchtsbehandlung auf dem Standpunkte stehen „dass die Schwindsucht in jedem von Extremen freien Klima mit gleich gutem Erfolge behandelt werden kann, wenn die sonstigen Factoren des Heilstättenprincipes aufrecht erhalten sind.“ Für diese Centralisirung konnte auch administrativ oder aus psychischen Gründen keine Stütze erbracht werden, weshalb mir diese Lösung von vorneherein keine practische Bedeutung versprach.

Ich habe weiteres bei meinen Ausführungen zur Basis genommen, wenn auch nicht direct ausgesprochen, dass der Tuberculose-Pavillon eben nur Tuberculose aufnehmen soll, will aber gleich hier bemerken, dass ich diese exclusive Auffassung keineswegs für prinzipiell wichtig halte, im Gegentheil ich glaube, dass sich Tuberculose oder andere Infectionskrankheiten gar nicht so ohne weiteres ausschliessen müssen. Ein Erysipel, ein Abdominaltyphus, selbst auch eine



Enteritisdyssenterica lässt sich mit voller Verantwortung in den genannten Tuberculosen-Pavillons in einer Zelle genügend separiren. Uebrigens kann leicht in einem Flügelbau für eine kleine ganz separirte Infectionsabtheilung Sorge getragen werden.

Was ich anstrebte ist nur das, dass man nicht umgekehrt ein Infectionshaus für die Tuberculosen als genügend und passend erachte. Bestimmend für derartige Specialobjecte müssen unter allen Umständen die Bedürfnisse der modernen Tuberculosen-Behandlung bleiben, schon einfach deshalb, weil in jeder Anstalt die Tuberculose die weitaus häufigste Infectionskrankheit ist und ihre erfolgreiche Behandlung eine specielle Bauanlage voraussetzt.

Auch die Frage ob für beide Geschlechter gegetrennte Pavillons zu errichten sind, oder ob sie in einem Objecte allerdings getrennt natürlich unterzubringen sind, ist weniger rein ärztlich oder vielmehr ärztlich gleichgiltig, als administrativ und finanziell von Bedeutung. In grossen Anstalten, sagen wir mit 1000 oder über 1000 Insassen rentiren sich vielleicht schon 2 Pavillons, für jedes Geschlecht einer, unter diesem Belegraum wird man aus practischen Gründen wohl mit 1 Pavillon mehr zufrieden gestellt sein. Eine Ueberfüllung natürlich darf nicht auftreten. Der Luftraum muss nicht blos reichlich zugedacht, sondern immer auch zugemessen werden, soll nicht der Heilpavillon zum Unheilpavillon werden.

Auch die Frage, ob diese Tuberculosen-Pavillons nur einklassig, oder entsprechend der Anstalt auch für mehrere Verpflegsklassen einzurichten sind, wenn daselbst mehrere Klassen bestehen, dürfte einer Erwägung werth sein.

Baulich wird natürlich mit der Rücksichtnahme auf mehrere Klassen die Ausführung complicirter und demgemäss theurer, zumal wenn man eine völlige räumliche Trennung im Auge hat, auch administrativ gestaltet sich die Lage schwieriger. Ich habe bei meinen Darlegungen keine eigene Klassenabtheilung vorbedacht und angenommen.

Für's erste participiren die Klassen schon an sich relativ weit weniger an diesem vorwaltenden morbus pauperum und dann sind ja die Klassenpatienten in einer öffentlichen Anstalt in der Regel nicht sehr zahlreich.

Patienten mit eigenem Zimmer und eigener Pflegerin kann man gegebenen Falls auch so, da er ohnehin separirt lebt, eine entsprechende Behandlung angedeihen lassen und 1—2 II classigen Patienten wird man mit einem der vorhandenen Einzelzimmer im Tuberculosen-Pavillon gewiss zufrieden stellen aber man braucht ihretwegen keine eigene Klassenabtheilung.

Es bestehen somit weder ärztliche noch psychiatrische Gründe, die für eine mehrclassige Anlage sprechen und die die baulichen und administrativen Schwierigkeiten, die aus der Theilung entstehen, aufwiegen könnten. Ich glaube also mit Recht, auch für mehrclassige Irren-Anstalten einen einheitlichen Tuberculosen-Pavillon vorschlagen zu können.

In der beigegebenen Planskizze habe ich ein einstöckiges Object mit langer Frontentwicklung zu Grunde gelegt. Das Stiegensteigen ist für Lungenkranke nicht bloss keine Annehmlichkeit, sondern direct schädlich, weil durch kräftigere und tiefere Inspirationen leichter Aspiration in noch gesunde Lungenpartien erfolgen kann und weil gerade eine lange Front den principiellen Windschutz am besten verwahrt.

Am Schlusse kann ich nicht unterlassen eine Tages-Ordnung aus der Heilanstalt Alland beizufügen, nicht als ob dieselbe direct auch auf einen Tuberculosen-Pavillon für Geisteskranke anzuwenden wäre, sondern hauptsächlich um eine Illustration zum modernen hygienischen und diätetischen Regim zu geben, wie dasselbe in den Lungenheilstätten derzeit üblich ist.

Tages-Ordnung

für ....

6½ (15. October—14. März 7 Uhr früh): **Aufstehen**
....

7 (7½ Uhr früh): **Frühstück** ....

7¼—7½ (7¾—8 Uhr früh): **Promenade auf der Terrasse** (bei schlechtem Wetter oder, wenn der Kranke Hausschuhe trägt, in der Liegehalle) ....
....

7½ (8 Uhr früh)—8½ Uhr: ....

8½—9½ Uhr früh): **Liegecur** ....

9½ Uhr früh: **2. Frühstück** ....

9¾—10 Uhr Vormittag: **Promenade auf der Terrasse** ....
....

10 Uhr Vormittag: ....

10—12¼ Uhr Vormittag: **Liegecur** ....

12½ Uhr Mittag: **Mittagessen** ....
....

1—1¼ Uhr Nachmittag: **Promenade auf der Terrasse** ....
....

1¼—2½ Uhr Nachmittag: **Liegecur. Vollkommene Ruhe!** ....

2½—4 Uhr Nachmittag: ....
....

4 Uhr Nachmittag: **Jause** ....

4¼—5½ Uhr Nachmittag: ....
....



5½—7 Uhr Nachmittag: ....

....

7 Uhr Abends: **Abendessen** ....

....

7½— ....

....

8½—9½ Uhr Abends: **Tagraum** (Lesen, Spielen, Musiciren, kleine Handarbeiten). Das zur selben Zeit gegebene Glas Milch ist im Zeitraume **einer halben Stunde** auszutrinken.

9½ Uhr Abends: **Zu Bette gehen.**

10 Uhr Abends: **Allgemeine Ruhe, alle Tagelampen werden ausgelöscht.**

D........ Kranke kommt jeden .... um .... Uhr Vormittag zur Ordination. .... bekommt .... mal wöchentlich ein Wannenbad.

D........ Kranke hat die Tagesordnung **immer** bei sich zu tragen und verpflichtet sich, dieselbe **im eigenen Interesse** strenge einzuhalten.

Heilanstalt Alland, am .... 19....

Gesehen Oberin: Director:

....

Ich schloss meinen Vortrag in der heurigen Wanderversammlung indem ich auf zwei bedeutsame Kundgebungen bezüglich der Tuberculosenfrage hinwies.

Die erste war eine Rede Lord Listers in London in der er sagte: „Koch hat uns den Tuberculose-Feind sichtbar gemacht und er und seine Schule haben uns gezeigt, dass diese Krankheit vermeidbar ist.

Und dann einen Erlass des preussischen Ministers der Medicinal-Angelegenheiten vom Juli 1901, worin es heisst „durch den Erlass vom 10. December 1890 — M. Nr. 9395 — sind die Herren Oberpräsidenten ersucht worden, darauf hinzuwirken, dass die von der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen in ihrem Gutachten vom 5. November 1890 zur Verhütung der Tuberkulose empfohlenen Maassnahmen in möglichst vollständiger Weise durchgeführt werden.

Wenngleich den Anforderungen jenes Gutachtens an vielen Orten Folge gegeben ist, so ist dies doch nicht überall und in allen Beziehungen geschehen. Ich sehe mich daher veranlasst, den Erlass erneut in Erinnerung zu bringen und namentlich zu ersuchen, auf die Unterbringung der tuberculösen Kranken in getrennten Abtheilungen der Krankenhäuser hinzuwirken, wenn die Errichtung besonderer Anstalten für solche Kranke nicht ausführbar ist. Zugleich bemerke ich, dass die von der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen empfohlenen Maassnahmen sich auf alle Tuberkulösen beziehen, welche mit irgend welchen Ausscheidungen ihres Körpers Tuberkelbacillen verbreiten."

Ich fügte nichts weiter dazu, da ich glaubte die natürlichen Consequenzen jedem einzelnen überlassen zu können.

Das Recht der Kranken und unsere Pflicht stehen unserer Frage gebieterisch zur Seite, sorgen wir vereint, dass beide nicht länger mehr — sagen wir übersehen werden.

Mittheilungen.

— Kurzer Bericht über die Versammlung des **niederländischen Vereins für Psychiatrie und Neurologie** am 4. XII. 1901 zu Utrecht.

Was die Frage der Klassifikation der Psychosen anlangt, wurde auf Vorschlag der Kommission beschlossen, für die nächste Versammlung die Frage zur Diskussion zu stellen: „Inwiefern gehören Melancholie und Manie, wie Kräpelin es theilweise verlangt, zu den periodischen Psychosen?"

Es wurde eine Kommission ernannt, die bis zur Sommerversammlung das nothwendige Material zur Besprechung der Frage der Verpflegung des Personals sammeln soll.

In ausführlicher Weise verbreitete sich Muskens über die Frage: „Inwiefern eignen sich unsere Anstalten zur Aufnahme von Nervenkranken?" Redner wies auf das Missverhältniss hin, das zwischen dem Fortschritt der Wissenschaft und den gesetzlichen Aufnahmebestimmungen besteht. Nervenkranke, besonders nichtgeisteskranke Epileptiker, dürfen nicht in die Irrenanstalten aufgenommen werden. Und doch finden sie sonst nirgends eine sachgemässe Behandlung! Mancher Epileptiker, der anfangs noch Aussichten auf Heilung bot, geht so, keiner oder einer falschen Behandlung überlassen, dem völligen Ruin entgegen. Erst jetzt, wenn er geisteskrank oder gemeingefährlich geworden ist, kommt er in die Anstalt, in sachgemässe Behandlung, aber zu spät.*) Das gleiche gilt von gewissen Lähmungszuständen. Redner schlug nun vor, dass im Anschluss an die grösseren Irrenanstalten, gleichsam als Anhängsel, eine Station zur Aufnahme und Behandlung genannter Nervenkranken errichtet werden solle. Er versprach sich davon einen vierfachen Nutzen. 1. Die Kranken kommen rechtzeitig

*) In Amerika ist diese Frage ebenfalls sehr im Flusse, theilweise auch schon gelöst. Davon handelt ausführlich Letchworth, The care and treatment of epileptics. New-York and London. 1900.



in die geeignete Behandlung. Auch die Geisteskranken ziehen Vortheil aus dem Verkehr mit Grenzfällen. 2. Es wird dadurch dem Vorurtheil des Publikums gegen die Irrenanstalten Abbruch gethan, wenn die Einrichtungen mit der Aufnahme von Nervenkranken immer mehr den Character eines gewöhnlichen Krankenhauses annehmen und die Heilungsresultate häufiger und günstiger werden. 3. Den Aerzten bietet sich eine bessere Gelegenheit zu specialistischer Ausbildung. 4. Das wissenschaftliche Streben erhält einen neuen Anreiz.

Die Versammlung erklärte sich mit den Ausführungen des Redners vollkommen einverstanden.

Am zweiten Tag kam vor allem ausführlich die Beschäftigung der Geisteskranken in der Landwirthschaft zur Sprache. Das Punctum saliens ist in der Schlussresolution enthalten: „Die landwirthschaftliche Beschäftigung ist ein mächtiger Factor zur Gesundung der in den Anstalten verpflegten Geisteskranken, sofern die Leitung in den Händen des ärztlichen Direktors liegt." Ganter.

— Aus **Russland.** Der von der Commission zur Bekämpfung des Alcoholismus ausgearbeitete Gesetzentwurf über die zwangsweise Unterbringung von Alcoholikern in entsprechende Heilanstalten ist vom Medicinalconseil des Ministeriums des Innern gebilligt und von der Commission zur Revision des Civil-Gesetzbuches geprüft worden. Der betreffende Gesetzentwurf ist vom Justizministerium bereits dem Ministerium des Innern zur Durchsicht übergeben worden.

Die beim Ministerium des Innern gebildete Specialcommission zur Prüfung der Frage der Verpflegung von Geisteskranken hat es für nothwendig befunden, Irrenasyle auf je drei Gouvernements mit 1000—1500 Betten zu errichten. Vom Ministerium des Innern sind zwecks Entwickelung des Projects der erwähnten Commission die Gouvernementschefs des Weichselgebiets damit betraut worden, spätestens bis zum 1. (14.) Februar 1902 dem Ministerium Auskünfte darüber vorzustellen: wieviel Geisteskranke in dem betreffenden Gouvernement registrirt sind: ob in den Gouvernements irgend welche Specialanstalten für derartige Leidende vorhanden sind; ob diese Anstalten auf Kosten der Regierung, der Städte, der Gemeinden oder von Privatpersonen, unterhalten werden; wieviel Kranke es in diesen Anstalten giebt; in welcher Weise die Localverwaltungen die projectirten Asyle unterstützen könnten und welcher Procentsatz von den zu verpflegenden Geisteskranken für seinen Unterhalt Zahlung leisten könnte. (St. Petersb. med. Wochenschrift).

Referate.

— W. Jakowenko. Die Geisteskranken des Moskauer Gouvernement. Moskau 1900.

Dieser Aufsatz enthält die Bearbeitung des Materials, welches durch die Zählung der Geisteskranken des Moskauer Gouvernement im Jahre 1893 erlangt worden ist. Als die Landesstände des Moskauer Gouvernement eine Irrenanstalt zu gründen beschlossen, stiessen sie vor allem auf die Frage, wie hoch die Gesammtzahl der Geisteskranken im Moskauer Gouvernement ist (die Stadt Moskau ausgeschlossen) und wie viele davon einer Unterbringung ins Krankenhaus bedürfen. Die zu diesem Zwecke unternommene Zählung wurde folgenderweise ausgeführt. Auf Grund von zwei parallellen Verzeichnissen der Geisteskranken, welche voneinander unabhängig von allen Dorfschulzen und Geistlichen des Moskauer Gouvernement bestellt und am Ort durch die Landesärzte revidirt und ergänzt worden sind, wurde ein vorläufiges Verzeichniss aller Geisteskranken des Moskauer Gouvernements verfasst, das dann als Leitfaden diente für 10 Psychiater, welche das ganze Gouvernement bereisten und alle Geisteskranken sorgfältig untersuchten; dabei sind natürlich noch viele neue Kranke registrirt worden, die in das vorläufige Verzeichniss nicht eingeschrieben waren. Das Untersuchungsprogramm verfolgte ausser practischen auch wissenschaftliche Ziele und ist sehr umfassend aufgestellt worden. Ausser den gewöhnlichen Fragen über Geschlecht, Alter, Beschäftigung, körperlichen und psychischen Zustand der Geisteskranken früher und jetzt u. s. w., schloss es noch Fragen ein über die Vermögens- und Existenzverhältnisse der Geisteskranken, über ihre Gemeingefährlichkeit und genaue Kenntniss über Vererbung.

Die auf diese Weise gesammelten Daten betrafen 2925 Kranke. Während der nachfolgenden Jahre hat der Verfasser, als Direktor der Moskauer Landesirrenanstalt, in dessen Hände alle Nachrichten über neueinregistrirte Geisteskranke gelangen, das Zählungsverzeichniss durch Nachrichten über Geisteskranke ergänzt, welche der Krankheitsdauer nach zur Zeit der Zählung schon krank gewesen, aber zufällig nicht in das Verzeichniss aufgenommen waren. Auf diese Weise ist die Zahl der Geisteskranken für 1893 von 2025 auf 3072 gestiegen. Im Verhältniss zur Bevölkerung des Moskauer Gouvernement (die Stadt Moskau ausgeschlossen) — 1444742 — macht das 2,1 Geisteskranker auf 1000 Einwohner aus, oder 1 Geisteskranker auf 470 Einwohner, — ein Verhältniss, welches Mitteleuropa ziemlich nahe steht.

Von diesen 3072 Kranken fallen auf Männer 1780 oder 58,2 %, auf Frauen — 1292 oder 41,8 %. Da die Bevölkerung des Moskauer Gouvernement aus 663630 Männern und 781112 Frauen besteht, so fällt 1 geisteskranker Mann auf 371 gesunde Männer und 1 geisteskranke Frau auf 608 gesunde Frauen, oder mit anderen Worten, auf 1000 Männer fallen 2,7 Geisteskranke und auf 1000 Frauen 1,6. Die Zahl der geisteskranken Männer ist also absolut und verhältnissmässig grösser als die der geisteskranken Frauen. Dieselbe Erscheinung und beinahe in demselben Grade ist fast allen Gouvernements des europäischen Russlands eigen, soviel man nach Zählungen und Berichten der Irrenanstalten urtheilen kann.

Was den Altersbestand der Geisteskranken anbetrifft, so untersucht der Verfasser gesondert den Altersbestand zur Zeit der Zählung und zur Zeit der Erkrankung. Die erste Aufgabe ist viel complicirter und ihre Daten stellen das Resultat der Anhäufung der Geisteskranken vor, d. h. die Wirkung von 3 Factoren: Erkrankung, Genesung und Sterblichkeit der

Geisteskranken. Das absolute Maximum bei geisteskranken Männern fällt auf das Alter von 31—40 J. (24,75 %), das zweite Maximum auf 21—30 J. (21,22 %); bei Frauen fällt das absolute Maximum auf 21—30 J. (21,78 %) und das zweite auf 31—40 J. (20,0 %) und 41—50 J. (20,05 %). Die meiste Anhäufung der geisteskranken Männer geschieht also im Alter von 21—40 J., die der Frauen im Alter von 21—50. Diesen Unterschied erklärt der Verfasser aus der grossen Zahl der paralytischen Männer, welche vor dem 40. Jahre sterben (bei Männern fallen auf das Alter von 41—50 J. nur 15,6 %). Aus dem Vergleich dieser Daten mit dem Altersbestand der gesunden Bevölkerung des Moskauer Gouvernement folgt, dass bei Männern das relative Maximum (die Zahl der Geisteskranken auf 1000 Einwohner) mit dem absoluten zusammentrifft und auf das Alter von 31—40 J. fällt; bei Frauen aber rückt das relative Maximum entschieden in das Alter von 41—50 J., also zum Clima. Diese Thatsache lässt der Verfasser unerklärt.

Was das Alter der Kranken zur Zeit der Erkrankung anbetrifft, so fallen 43,85 % aller Erkrankungen auf das Alter von 0—10 J. (Blödsinn, frühzeitige Epilepsie); dieses % ist viel höher als das entsprechende % dieser Altersgruppe in der gesunden Bevölkerung. Auf das Alter von 11—20 J. fällt 14,11 %, also weniger als das entsprechende % in der gesunden Bevölkerung. Von 21 J. an sinkt die Zahl der Erkrankungen regelmässig und ungefähr in demselben Verhältniss, als die gesunde Bevölkerung abnimmt.

Von 3072 Kranken ist der Ehestand bei 2003 registrirt worden: darunter waren 60,0 % unverheirathet, 33,3 % verheirathet und 6,7 % verwittwet. In der gesunden Bevölkerung des Moskauer Gouvernement giebt es 23,3 % unverheirathete, 65,6 % verheirathete und 11,2 % verwittwete. Solch grosser Zahlenunterschied wird etwas gelindert, wenn man aus der Gesammtzahl der Geisteskranken alle Blödsinnige und frühzeitig Epileptiker ausschliesst, da sie überhaupt wenig Aussicht auf die Ehe haben. Dann vertheilen sich die Kranken mit erworbenen Krankheiten folgenderweise: 28,0 % unverheirathete, 52,2 % verheirathete und 19,8 verwittwete. Der Verfasser warnt vor der Schlussfolgerung, dass Menschen, welche das sexuelle Leben entbehren, mehr zu Geisteskrankheiten geneigt seien. Vor allem sind es die frühzeitigen Psychosen, besonders die im Pubertätsalter eingetretenen, die dem Kranken oft den Weg zur Ehe versperren; was die Wittwen anbetrifft, so ist für sie der Verlust eines der wichtigsten Arbeiter in der Familie von weit höherer Bedeutung als der Verzicht auf das sexuelle Leben; ausserdem war ein Theil der verwittweten Kranken zur Zeit der Erkrankung noch nicht verwittwet.

Von allen verheiratheten Kranken (1029) haben sich während der Krankheit 20,8 % der Männer und 13,3 % der Frauen verheirathet. Darunter nehmen den ersten Ort Epileptiker, Alcoholiker und Hysterische ein (in der Periode, wenn die psychische Degeneration noch nicht eingetreten und es noch möglich ist die somatischen Anfälle zu verheimlichen); doch giebt es darunter auch offenbare Geisteskranke, die man in Russland oft genug verheirathet in der Hoffnung, dass sie in der Ehe „klüger“ werden.

Von den verheiratheten Kranken sind nur 11,0 % kinderlos geblieben; die übrigen 89,0 % hatten Kinder. Auf jeden kranken Mann (aus 513 M.) fallen durchschnittlich 4,4 Kinder, auf jede kranke Frau (aus 380) — 6,2 Kinder. Frauen hatten ebensoviel Knaben als Mädchen; bei Männern überwiegten Knaben. Mehr als die Hälfte der Kinder sind gestorben, und am Leben sind nur 2,3 Kinder auf eine Familie, wo Vater oder Mutter geisteskrank waren, geblieben.

Was die Fruchtbarkeit während der Krankheit anbetrifft, so erwies es sich, dass nicht minder als 45,85 % der verheiratheten Männer, 36,8 % der verheiratheten Frauen und 5,6 % der Mädchen fortfuhren Kinder zu erzeugen; dabei fallen auf jeden dieser Männer durchschnittlich 3,1 Kinder, auf jede Frau 4,7 und auf jedes Mädchen 2,0. Eine ausführlichere Untersuchung zeigt, dass bei Männern, die während der Krankheit Kinder erzeugten, das höchste % auf Alcoholiker und Epileptiker fällt; dann folgen Secundär-schwachsinnige und Periodiker; bei Frauen stehen an erster Stelle Hysterische, dann Epileptische, Secundär-schwachsinnige und Blödsinnige. Wie hoch die angeführten Zahlen auch sind, so entsteht doch die grösste Gefahr der Entartung für die Bevölkerung nicht durch diese offenbar Geisteskranke; eine weit grössere Anzahl Personen erzeugt Kinder vor der Erkrankung oder nach der Genesung, also in solchen Bedingungen, welche für die Einwirkung der Irrenanstalt unzugänglich sind. Und obgleich mehr als die Hälfte der Kinder der Geisteskranken frühzeitig stirbt, so werden doch jährlich genug Entartungselemente in die Bevölkerung hineingetragen.

Nach Stand vertheilten sich die 3072 Kranken folgendermassen: 90,5 % darunter gehörten zum Bauernstand, die übrigen 9,5 % waren Bürger, Kaufleute, Edelleute, Geistliche u. a. Da es an entsprechenden Angaben für die gesunde Bevölkerung fehlt, so kann einstweilen daraus nichts geschlossen werden.

Die Bevölkerung der Bezirksstädte des Moskauer Gouvernement gab dasselbe % Geisteskranker, als die Dorfsbevölkerung, was auch leicht zu verstehen ist, da diese Städte meistentheils sehr klein sind und ihrer Lebensart nach sich wenig von den Dörfern unterscheiden.

Besondere Aufmerksamkeit widmete der Verfasser der Frage über die Verbreitung der Geisteskrankheiten im Vergleich zur Verbreitung von Verbrechen, Alcoholismus und Syphilis, erstens, um die Ansicht auf ihre Richtigkeit zu prüfen, dass Geisteskrankheiten, Verbrechen und Alcoholismus verwandt seien, da sie die Reaction der Gesellschaft auf abnorme Existenzverhältnisse vorstellen, — zweitens, um über die Aetiologie der Geisteskrankheiten Licht zu verbreiten. Oekonomische Lebensverhältnisse konnte er nicht mit in Rechenschaft nehmen, da die nöthigen Angaben fehlten. Dabei konnte er folgendes feststellen:



1. In 6 der 13 Bezirke mit der Bevölkerung von einer Hälfte der Gesammtbevölkerung des Moskauer Gouvernement existirt Parallelisums zwischen der Zahl der Geisteskranken und derjenigen der Verbrecher; in den übrigen Bezirken ist solcher Parallelismus nicht zu bemerken. (Unter Parallelismus wird hier das gleiche Verhältniss beider Erscheinungen zu ihren Durchschnittszahlen verstanden.)

2. Da es an Angaben über die Zahl der geistig gesunden Alcoholiker fehlte, so benutzte der Verfasser zum Vergleich die Zahl der Trinkhäuser nach Bezirken. Ein Zusammentreffen in der Verbreitung der Geisteskrankheiten und der Trinkhäuser konnte in 5 Bezirken festgestellt werden.

3. Die Verbreitung der Syphilis trifft mit den Geisteskrankheiten in 7 Bezirken zusammen.

Von den 13 Bezirken überhaupt bestand vollständiger Parallelismus zwischen der Intensität der Verbreitung von Psychosen, Verbrechen, Syphilis und Trinkhäusern in 2 Bezirken; in 2 zwischen Psychosen, Verbrechen und Syphilis, in 1 zwischen Psychosen, Verbrechen und Alcoholismus, in 2 zwischen Psychosen und Alcoholismus, in 4 zwischen Psychosen und Syphilis und in 1 zwischen Psychosen und Verbrechen; in 1 war kein Parallelismus zu finden.

Den werthvollsten Theil des Buches bildet das Kapitel von der Gesetzmässigkeit in der Anhäufung von Geisteskranken. Es wurde vom Verfasser als Thema eines selbständigen Vortrags bearbeitet und erschien in Uebersetzung in der „Psych. Woch." 30, 31, 32 1890. Für unsere Leser wird es daher genügen, hier zu bemerken, dass es den Verfasser gelang, schon nach der Veröffentlichung des Vortrags eine neue fast ganz genaue Bestätigung seiner Berechnungen zu finden, nämlich in den Nachrichten über Sterblichkeit bei Blödsinnigen, die im J. 1893 registrirt waren. Die theoretischen und die wirklichen Zahlen stimmen fast gänzlich überein.

Unter somatischen Complicationen bei Geisteskranken werden am öftesten Nervenkrankheiten vorgefunden; sie kommen bei 38,9 % aller Geisteskranken vor, chirurgische nur bei 11,6 %. Aus der Anamnese der Geisteskranken ist es interessant zu notiren, dass Recidive der Geisteskrankheiten öfter bei Männern (16,8 %), als bei Frauen (9,3 %) vorkommen; Alcoholismus bei 65,5 % Männern und 20,6 % Frauen. Fabrikarbeit von früher Jugend an ist bei 46,1 % Männer und 26,0 % Frauen nachgewiesen. Damit stimmt vollständig sowohl der Umstand überein, dass es unter Männern mehr Geisteskranke giebt, als auch die Thatsache, dass bei ihnen mehr unheilbare Formen vorkommen, während Frauen seltener und an günstigeren Krankheitsformen erkranken. Die Entartung ist also viel mehr in der männlichen Hälfte der Bevölkerung des Moskauer Gouvernement ausgedrückt, aber auch die weibliche wird demselben Loos nicht entgehen können, wenn sich das Stadtleben mit seiner Industrie zum Nachtheil des dörflichen entwickeln und dem Weibe grösseren Antheil bieten wird.

Zur Characteristik der Lebensverhältnisse der Geisteskranken genügt es zu bemerken, dass nur 10,7 % der Gesammtzahl in Krankenhäusern und Asylen oder anderswie von der Gesellschaft versorgt waren; die übrigen lebten in ihren Familien. Darunter waren 75 Kranke festgekettet. Viele bekommen Herberge in Häusern nach der Reihe. Einige wohnen in besonderen Scheuern oder in Ställen mit dem Vieh zusammen. Oft giebt man ihnen Gelegenheit sich zu betrinken, sie wandeln auf den Strassen zum Spott der Gassenkinder einher, man haut sie, lässt sie hungern, bindet sie. Viele Frauen gebären von Jahr zu Jahr. Besonders ist unter ihnen das Betteln verbreitet. Man curirt sie durch Gebete und Sprüche, führt sie in Klöster. Manche von ihnen gelten beinahe als Heilige oder Propheten.

Was die Gefahr der Geisteskranken für die Bevölkerung anbetrifft, so zeigen die Angaben über Verbrecherthum der Geisteskranken im Moskauer Gouvernement, dass sie jährlich c. 11 schwere Verbrechen verüben.

Nach Krankheitsformen vertheilen sich die Kranken folgenderweise:

Melancholie	19	M. und	18	Fr.
Manie	9	„ „	13	„
Amentia Meynerti	16	„ „	25	„
Vesania (nach Korsakoff) . .	2	„ „	3	„
Paranoia acuta	5	„ „	5	„
„ chronia	92	„ „	41	„
Psych. periodicae	34	„ „	39	„
„ epilepticae et Epilepsia	430	„ „	272	„
„ hystericae et Hysteria	1	„ „	184	„
„ degenerativae	27	„ „	6	„
„ alcoholicae	210	„ „	11	„
Psychoses seniles	19	„ „	22	„
Paralysis progressiva	81	„ „	12	„
Psychoses e laesione cerebri organica	43	„ „	27	„
Dementia secunderia	198	„ „	165	„
Dementia congenita	519	„ „	392	„
Nicht aufgeklärte Fälle . . .	83	„ „	40	„

Die Angaben über Vererbung werden in einer noch auszuführenden Untersuchung bearbeitet werden.

W. Grombach.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Aufsatze von San.-Rath Dr. Wulffert (Nr. 38 der Psych. Wochenschrift) muss es statt „Trunksitte" heissen „Trinksitte" und auf S. 377, Zeile 15 „gerichtet" statt „gerüstet", auf Seite 380, Zeile 6 statt „zu leisten" „geleistet".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 40. 28. December. **1901.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Ueber die Grundlage der Zwangsvorstellungen.*)

Von Dr. *M. Friedmann*, Nervenarzt in Mannheim.

Die Lehre von den Zwangsvorstellungen befindet sich gegenwärtig noch wie seit Jahren in einem Stadium der Gährung und der Unklarheit, und wie sehr dies keineswegs durch den Mangel an klinischem Beobachtungsmaterial verschuldet wird, sondern ganz direkt eine Folge von in dem Symptombegriff selbst liegenden Schwierigkeiten ist, das sehen wir schon allein an den weitgehenden Differenzen der Lehre innerhalb der deutschen und der ausländischen, speciell der französischen Psychiatrie. Wer bezüglich der Paranoiafrage jenes bekannte ausführliche Referat Cramer's vergleicht mit der schönen und wichtigen historischen Darlegung des Zwangsideenproblems in Thomsen's**) Arbeit, der wird hier wie dort betroffen sein davon, wie weit ein wissenschaftlicher Lehrbegriff nationale Sonderungen darbieten, d. h. wie stark er beeinflusst werden kann von solchen schematischen Anschauungen, wie sie jeweils durch bestimmte führende Persönlichkeiten eingeführt worden sind. In Frankreich, wo man psychologisch und symptomatologisch zu denken ungewohnt ist, steht seit einigen Dezennien der klinische Begriff der psychischen Degeneration mit dem Kriterium der psychischen Disharmonie und Desequilibration im Vordergrunde, und so wurde Alles, was impulsiv bei vorhandener „Lucidität" oder „conscience" ist, zusammengestellt als eine der verschiedenen Aeusserungsformen (syndromes) der Degeneration, d. h. die folie du doute und die Berührungsfurcht mit der Agoraphobie und allen möglichen impulsiven Tic's und Monomanien. In Deutschland, wo Krafft-Ebing und namentlich Westphal die specifische Krankheitsform der „Zwangsideenpsychose" umgrenzt und allerdings als auf dem Boden einer psychopathischen Anlage entstanden erkannt hatten, da trat alsbald eben die Diskussion über die Eigenart dieser „Krankheit" hervor, und die Schwierigkeiten erhoben sich mit Rücksicht auf die Unterbringung all' des vielen Neubeobachteten und immer wieder Neubeschriebenen, was der Zwangsidee symptomatisch ähnlich war, was aber zumeist nur episodisch und symptomatisch als „emotive" Form und als eine der bald zahllosen „Phobien" bei allgemeinen Neurosen theilweise alltäglicher Art auftauchte. Hier offenbarte sich ein vielleicht noch zu wenig beachteter Gegensatz zwischen dem Anstaltspsychiater und dem Neurologen in der ärztlichen Praxis. Jedenfalls ist dem ersteren zuzugeben, dass dergestalt durch die sich mehr und mehr häufenden

*) Nach einem auf der letzten Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe gehaltenen Vortrage.

**) Thomsen, Klin. Beiträge z. Lehre von d. Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 27, 1895, p. 319.

„symptomatischen“ Zwangsvorstellungen die klassische Bestimmtheit und Klarheit der ursprünglich maassgebenden Westphal'schen Definition in wesentlichen Stücken verloren und verflüchtigt wurde.

Es hatte bekanntlich diese Definition drei Grundbedingungen für das Auftreten des Symptoms festgesetzt: es sollte erstlich auf der Basis einer sonst normalen Intelligenz und ohne das Vorhandensein eines primären Affektes sich herausbilden; es sollte zweitens sich zwangsmässig, d. h. „gegen und wider den Willen des Patienten“ diesem aufdrängen und den normalen Gedankenlauf durchkreuzen, und es sollte drittens im logischen Sinne abgelehnt werden, d. h. dem Patienten als abnorm und fremdartig erscheinen, der Patient sollte ihm „mit seinem gesunden Bewusstsein gegenüberstehen“. Von diesen 3, resp. 4 Kriterien ist eigentlich nur dasjenige, das sich schon durch den Namen des Symptoms Beachtung erzwingt, nämlich das zwangsmässige Auftauchen der Ideen für die Folgezeit durchaus maassgebend geblieben und nicht einmal regelmässig die Bedingung der normalen intellectuellen Verfassung. Namentlich aber entstehen die meisten Formen bei den allgemeinen Neurosen auf der „emotiven Grundlage“ und zwar in Folge einer primären angstvollen Erregtheit oder doch so damit verwachsen, dass sich über deren primäres oder sekundäres Entstehen kaum rechten lässt; und es ist weiterhin zwar richtig — wie das schon heute die Autoren meist anerkennen —, dass die Ideen und Impulse für die Patienten stets peinlich und von ihnen gefürchtet sind; aber gewöhnlich nur den ganz motivlosen Impulsen, z. B. zu einem zwecklosen Selbstmord, stehen sie „mit ihrem gesunden Bewusstsein gegenüber“, und beispielsweise die drangvolle Furcht einer am Climacterium stehenden Frau, es sei nun noch eine höchst peinliche neue Schwangerschaft eingetreten, oder wieder die zu maasslosen Verzweiflungsausbrüchen tobender Art führende Sorge bei einem Manne, es könne sein Ehescheidungsprozess zu seinem Ungunsten entschieden werden; derartige Zwangsideen also werden von ihren Trägern für inhaltlich berechtigt erklärt, und der Patient anerkennt nur, dass ihm die Idee selbst höchst widerwärtig sei und dass er in seinen Aeusserungen übertreibe. Ganz ähnlich verhält es sich bei dem Heere der Phobien.

Sind nun das noch echte Zwangsvorstellungen? Gehören die „monomanischen“ Triebe, die Latah der malaischen Frauen, die Tic's und was alles sonst schon hier eingerechnet wurde, gehört das zur Zwangsvorstellung oder aber nicht? Was ist dem Begriff absolut wesentlich, was flüssig und secundär? Darauf hat man neuerdings zu wiederholten Malen nur eine und zwar eine unbefriedigende Antwort gegeben, welche den Knoten des Problems zerhaut, aber nicht löst. Man hat einfach gesagt: kehren wir zu den strikten Bedingungen der Westphal'schen Definition zurück, und scheiden wir einfach Alles aus, was nicht darein gehört! Das ist, wie gesagt, eine Verlegenheitsauskunft, weil man jene Frage heute nicht zu beantworten weiss. Uebrig bleibt dann wieder nur das, was man schon zu Westphal's Zeiten kannte, die Zwangsideenpsychose. Was aber thun mit all' den zahlreichen, theilweise so völlig typischen, „emotiven“ Zwangsideen der Nervosität? was thun mit jenen häufigen Zwischenformen einer Neurasthenie auf degenerativen Boden mit z. B. einer dabei vorhandenen typischen schweren Irrthumsfurcht, aber ohne die Charaktere der degenerativen Psychose? Man hat sie durch eine Hinterthüre als uneigentliche, als „deuteropathische“ (Thomsen) Zwangsideen hereingelassen, nur weil man sonst nicht recht wusste, wie man die sogen. Zwangsideen, welche bei wirklichen Psychosen von Manchen so bezeichnet wurden, hinausschaffen solle. Es ist das mehr Sache eines begründeten wissenschaftlichen Tactgefühls als klarer folgerichtiger Kriterien. Es fehlt die Einsicht in die Genese der Zwangsidee, das ist das Entscheidende; und jene Definition des Altmeisters, so treffend und so klar sie auch gefasst ist, bietet nur eine gedrängte Habitusschilderung des Symptoms, wie sie von seinem Auftreten in der Zwangsideenpsychose abgezogen war; sie sagt nicht, worauf das Wesen des Zwangs beruht, worin sich, ausser durch den Affekt, die „emotive“ Zwangsidee von der intellectuellen unterscheidet u. s. f.

Man hat freilich in der ganzen Lehre eine bestimmte Theorie der Zwangsidee zu Grunde gelegt, und sie ist für die gesammte Gestaltung der Lehre geradezu entscheidend gewesen. Aber man hat die Theorie noch kaum ernsthaft untersucht und discutirt, wenigstens soweit mir bekannt geworden ist. Die Doktrin ist nämlich direkt aus dem Namen des Symptoms entnommen worden, und als sein Wesen wurde darnach erkannt der „Zwang im Vorstellen“, im Auftauchen der Vorstellungen und Impulse. Es war eine Art von Empörung des Vorganges der Erinnerung, wodurch die Ideen ungerufen durch die associativ angeregte Reproduktion oder nur in Folge ganz äusserlicher Associationen (z. B. eines Contrastes) sich aufdrängen sollten. Analog sei es, wenn Jemand in der Norm von einer Melodie oder einem Einfalle komischer Art gegen seinen Willen verfolgt werde, wenn auch der Geistesgesunde



gelegentlich den „Kitzel" in sich fühle, ein werthvolles Objekt in's Wasser zu werfen oder in öffentlicher Versammlung laut loszubrüllen. Also der Zwang wurde als etwas Primäres und an sich Bestehendes aufgefasst, und war er heftiger, so verglich man ihn mit dem pathologischen Krampf in einem Muskelgebiet, speciell mit dem Tic convulsif, der ja auch thatsächlich ab und zu damit vergesellschaftet vorkommt; man sprach dann in übertragener Weise von einem „Vorstellungs- oder Erinnerungskrampf" (Friedreich, Meschede u. A.) oder aber von „quasi tetanisirter Aufmerksamkeit" (Ribot).

Diese Lehre aber halte ich in der Hauptsache für unrichtig, wenigstens für die Zwangsvorstellungen; zutreffend scheint sie zu sein, ausser für die eben erwähnten Beispiele aus dem normalen Seelenleben, für einen beschränkten Theil der activen Zwangsimpulse, ausserdem noch für ein eigenartiges etwas seltenes Vorkommen von „Zwangsdenken in Phantasiebildern", wobei die Personen — meist Frauen — genöthigt sind, sich Erinnerungen oder wohl öfter Zukunftsbilder und Objecte ihrer Lectüre jeweils in peinlicher Situationsausmalung vorzustellen. Es ist hier also nur ein Zwang zum Phantasiedenken vorhanden, also etwas ganz Anderes als bei der echten Zwangsvorstellung. Löwenfeld hat neuerdings bereits Aehnliches beschrieben, und ich selbst habe ab und zu das Gleiche beobachtet. Ich habe es nun zuvörderst für nöthig erachtet, vermöge der Sichtung einer grossen Anzahl eigener Beobachtungen einmal zu untersuchen, welches denn der Inhalt und die logische Form der Zwangsideen sei, und ob der Denkzwang dabei in Wirklichkeit so unabhängig von dem Inhalte der Ideen ist, wie dies nach der bisherigen Auffassung scheint, welche sich begnügt hatte, die Fremdartigkeit und Absurdität der Ideen zu betonen. Ich fand dann bald, dass eine sehr wichtige Thatsache bisher übersehen worden war, und dies namentlich dadurch, dass man die Zwangsimpulse jeder Art völlig gleichwerthig neben die Zwangsvorstellungen gestellt hatte. So entging das Verhalten, dass bei den letzteren allgemein eine besondere Art des logischen Geschehens vorliegt, das ich später als ein abschlussunfähiges und gehemmtes Denken näher charakterisiren werde, und dessen Verwandtschaft mit der Zweifelsucht und den Willenshemmungen ohne Weiteres einleuchtet.

Für's Erste aber zeigte sich, dass die Hauptkategorie der einfachen Vorstellungen in dem Bereiche der Zwangsideen zu fehlen pflegt, das sind die gewöhnlichen Erinnerungen, welche sich naturgemäss auf abgelaufene Geschehnisse durchschnittlich beziehen. Hat z. B. Jemand etwas so Grässliches gesehen, wie etwa wenn er unvermuthet auf den Leichnam eines erhängten Hausgenossen im Keller gestossen war, so mag er durch diese fürchterliche Erinnerung noch wochenlang erregt und verfolgt werden. Und dennoch verblasst immer dieses Bild in normalen Zeitläuften und nimmt nicht etwa umgekehrt gar an Intensität noch zu, wie dies die Zwangsidee thun würde. Desgleichen habe ich unter 100—200 Einzelfällen des Symptoms — die meisten allerdings von den emotiven Formen — noch nicht gesehen, dass irgend ein selbsterlebtes Unglück, z. B. Verlust eines Kindes oder eines Ehegatten, sich zur Zwangsidee in der Erinnerung entwickelt hätte, so oft ich auch schon die begreifliche Klage erfahren habe, dass eine bald mehr, bald minder schwere nervöse Erregtheit dadurch in's Dasein gerufen wurde.*) Nehmen doch Freud und Breuer sogar an, dass zwar öfter ein beklagenswerthes früheres sexuelles Ereigniss den Anlass gebe zu einer späteren hysterischen Neurose, dass aber zugleich dieses stark wirkende Moment an sich latent geworden und in's Unterbewusstsein getreten sei, woraus es in der Hypnose erst erweckt werden müsse! Freilich, auch verflossene Begebnisse geben dennoch nicht selten auch sonst den Anlass zu Zwangsideen ab, aber dies unter einer bestimmten Bedingung: sie schauen nunmehr auf die Zukunft, nicht mehr auf die Vergangenheit. Welcher Fachgenosse hat nicht schon gesehen, dass Jemand durch einen aufregenden Krankheitsfall, etwa den ersten Anblick eines epileptischen Anfalls ausser Rand und Band gerathen ist und dass er so erregt wurde, dass ihn die Erinnerung auf Schritt und Tritt verfolgte, ja dass er schliesslich wochenlang jede Arbeit ruhen lassen musste? Ist das der Fall, so wird er auch ein Zweites constatiren: der Mann fürchtet jetzt für sich, er fürchtet, ihm könne „das Gleiche" widerfahren, und das ist es, was ihm die Ruhe geraubt hat.

Nun wird man aber auch zweitens Anstoss nehmen an der Thatsache, dass die fixe Idee und die Wahnidee nicht im Stande sind, sich in so heftiger, in so vom Inhalte der Idee unabhängiger und „formaler" Weise — wie dies Hoche ausgedrückt hat — ihrem Träger aufzudrängen. Man wird einwenden, auch der Melancholiker werde doch gepeinigt von seinem depressiven Wahn, und dies gewiss nicht in geringem Maasse. Ganz recht; wenn auch die Benennung a potiori geschieht und man darum den

*) Ganz besonders fällt hier in die Augen die Thatsache, dass auch unter den zahlreichen Neurosen nach Trauma und Unfall die (emotive) Zwangsidee kaum eine Rolle spielt.



Zwang bei der Wahnidee nicht besonders hervorzuheben braucht, so besteht dennoch, wie gesagt, auch ein innerer Unterschied. Hier finden wir keinen wirklichen „Zwang", die Ideen drängen sich nicht so unvernünftig brutal heran, sie kommen nur, wenn sie gerufen werden — mag das auch ziemlich oft geschehen! —, gerufen durch den Gang des Denkens, gerade wie auch sonst bei schwerwiegenden Denkobjekten. Und weiter! es giebt auch fixe Ideen, welche zugleich zwangsmässig in's Bewusstsein drängen; und wieder geschieht dies dann, wenn die Ideen direct in die Zukunft schauen. Das sind die Ideen, welche Wernicke, ohne diesen Zusammenhang zu bemerken, überwerthige genannt hat; und oft auch erscheint so die reguläre Wahnidee im Anfangsstadium ihrer Bildung, wo das Urtheil noch nicht fertig ist, wo erst die Furcht besteht, die Frau z. B. möge ihren Mann vergiften wollen. Ueberhaupt aber gehört hierher die Mehrzahl der hypochondrischen Ideen, z. B. die manchmal lächerlich heftige Angst, durch alles Mögliche der Hundswuthinfection ausgesetzt zu sein, schon durch einen Gegenstand, wo ein Hund oder eine Katze auch nur einmal gelegen hat; sodann speziell formulirte melancholische Ideen, wie die entsetzlich stürmisch und unaufhörlich eintönig geäusserte Ueberzeugung eines solchen Kranken, entweder er oder seine Kinder, ja erst seine Kindeskinder würden irgend eines Tags seinetwegen von einem wüthenden Volkshaufen ermordet werden. Hier ist fix und Gegenstand der Ueberzeugung nur eine gewisse Ideenrichtung; damit aber verbunden ist eine typische, in die Zukunft blickende „Erwartungsangst". Denn zur Idee des Hypochonders gehört als integrirendes Stück der Arzt — daher auch dessen Vielzahl! — und dieser soll die Erwartungsangst bejahen oder besser noch beseitigen; wenigstens auf kurze Zeit. Auch jener Melancholiker zeichnete sich aus durch das für die Zwangsidee charakteristische Bedürfniss, immer davon zu reden und sich so gut als möglich beschwichtigen zu lassen. Eine ähnliche Erwartungsangst fliesst häufig als Consequenz aus der gewöhnlichen fertigen melancholischen Wahnidee, z. B. die Furcht wegen seiner Verbrechen jeden Augenblick von Gendarmen in's Gefängniss abgeführt zu werden. Der Fachgenosse weiss, um wie viel gefährlicher diese Erwartungen wirken, wie viel leichter daraus Selbstmorde hervorgehen als aus der depressiven Idee für sich allein.

Man kann nun den Unterschied zwischen der fixen Idee und der Zwangsidee noch präciser in die Formensprache der Logik kleiden: darnach besitzt die Letztere einen Inhalt, welcher dem sonstigen Denkinhalte ihres Trägers nicht als fester Besitz angegliedert werden, oder aber, welcher nicht die Form der fertigen Urtheilsassociation gewinnen kann, wie dies bei der Wahnidee geschieht. Bei der Zwangsidee fürchtet der Patient nur, er könne statt Arznei seinem Kinde Carbolsäure gegeben haben, und er wehrt sich zugleich gegen den Gedanken. Der Melancholiker hingegen weiss und grämt sich, weil seine Kinder durch ihn, durch seine Jugendsünden, kränklich und inficirt geworden sind. Eben der Umstand, dass die Zwangsidee auch bei noch so langem Bestande nicht über diese Form der Furcht vor der Möglichkeit hinauskommt, das ist für sie das Kennzeichnende. Und von der motivlosen Form des activen Zwangsimpulses, z. B. dem Impuls zu einem zwecklosen Selbstmord und den sogen. impulsiven Tic's, scheidet sich die Zwangsidee dadurch, dass jener Impuls nicht unabgeschlossen, sondern umgekehrt ein überstürzter Denkakt ist. Der Impuls zur Handlung ist fertig da, und dass er gehemmt wird, das ist natürlich nicht krankhaft, sondern die Reaction des gesunden Selbsterhaltungstriebes. Gefahrlose active Impulse pflegen ausgeführt zu werden. Man hat also das Drängen, das jedem Impulse zu einer Action an und für sich eben in seiner Eigenschaft als Impuls beiwohnt, verwechselt mit dem vergeblichen Drange nach Gewissheit, mit anderen Worten mit der inneren Unruhe im Denken bei der Zwangsvorstellung. Und diese Verwechslung konnte um so leichter geschehen, weil hier die Verhältnisse sehr complicirt liegen, weil z. B. die Impulshemmung bei den Phobien wirklich verwandt ist mit der echten Zwangsidee, weil ferner manche active Impulse sich direct als Reaction an die Zwangsvorstellungen anschliessen, und weil endlich auch die primären activen Impulse wie so viele andere abnorme Symptome bei den Degenerirten sich ereignen und gelegentlich zugleich mit dem Zwangsdenken.

Wir sehen zugleich, dass dieses Letztere, nämlich die Zwangsvorstellung, wesentlich andere und ganz ungleich stärkere Parallelen im normalen Denken vorfindet, als es jene abrupten Einfälle und eine harmlos sich der Erinnerung aufdrängende Melodie sind, mit welchen bisher so ziemlich die Psychologie des Symptoms bestritten worden ist. Denn in jedem Denken, in dem normalen, wie dem krankhaften, wohnt dieser gesammten Gruppe von unabgeschlossenen Vorstellungen der ihren Träger irritirende und ihn verfolgende Charakter des Denkzwanges bei, sei



es dass der Abschluss aus einem logischen oder durch ein thatsächliches Hinderniss versagt bleibt. Es sind das die vier Kategorien der Sorge und der Befürchtung, der Erwartung, des Zweifels und endlich der ganz isolirt bleibenden und unverstandenen Vorstellungen, z. B. einer einfachen abnormen Empfindung. Allen gemeinsam ist die Ungewissheit; beim Zweifel ist sie eine logische, bei den übrigen Formen, deren Abschluss und Ausgang der Zukunft anheim steht, eine thatsächliche. Die Ungewissheit ist nicht allein peinlich, sondern sie benimmt auch dem Denken den Athem, sie occupirt das Feld des Bewusstseins wie ein Feind und bestürmt es immer von Neuem.

Worauf beruht das? Kaum eine andere Abnormität ist so tief gegründet, denn die isolirt bleibende Vorstellung ist ein logisches Unding. Zwei Grundgesetze nämlich beherrschen den Denkablauf im reflectirenden Denken: die Nothwendigkeit des Fortschreitens von Object zu Object, von Gedanke zu Gedanke und zweitens der Associationszwang. Nur im schweren Delirium reihen sich isolirte Vorstellungen an einander, und im Phantasiespiel ordnen sie sich plastisch zu angeschauten Situationen. Sonst aber ketten sich an jedes neue Objekt so lange Associationen, bis mit einer derselben eine feste gültige Urtheilsassociation gebildet, bis das Objekt also „verstanden" werden kann. So lange das nicht möglich ist, besteht eine innere Unruhe, nämlich die Stufenfolge der Neugier, Spannung, Verlegenheit bis zur Furcht vor dem Unverstandenen. Den Fragedrang unserer Kinder, den Causalitätstrieb, wie er mit Recht genannt wird, auf der einen Seite, jene Apórie oder Verlegenheit vor dem Neuen, in welcher schon Plato den Anfang des wissenschaftlichen Forschens erkannte, bis zu der Panphobie und den Ausgeburten des Aberglaubens auf der anderen Seite, sie alle haben wir im Wesentlichen als Aeusserungen jenes Associations- oder, wie die Wundt'sche Schule es nennen würde, des Apperzeptionszwanges zu betrachten. Ihm analog ist der drängende Impuls, ein im Flusse befindliches Thema zu Ende zu denken. Bei nur mässiger Erregtheit, die etwa besteht, kann die so erzeugte Unruhe genügen, um des Abends den Schlaf völlig zu rauben. Erst kürzlich hat mich eine Dame rufen lassen, welche mitten in der Nacht in voller Aufregung das Bett verlassen und reflectirend herumgehen musste, und die Ursache war keine triftigere als die, dass jene Dame eben jetzt mit der Statutenberathung irgend eines wohlthätigen Vereins befasst war.

Stärker noch als diese logische Unabgeschlossenheit wirkt die thatsächliche, die Ungewissheit über ein erwartetes Ereigniss oder gar über eine als drohend vorgestellte Gefahr. Direkt reciprok mit dem Begriffe der Erwartung ist derjenige der Ungeduld. Die Erregung wird hier zur quälenden Unruhe, die Idee des Kommenden pocht gleichsam stets von Neuem an die Pforte des Bewusstseins, kurz es entsteht ein typischer formaler Vorstellungszwang. Das Faktum eines Misserfolges, der Eintritt einer Krankheit oder eines Unheils gewährt wieder Raum zur Sammlung, sie wirken fast wie eine Erlösung; denn nun kann auf Hülfe und Abwehr gedacht und wieder ein neues Denkobject aufgegriffen werden. So lange nur die Erwartung möglich ist, beherrscht sie das Gedankenleben der Person, und sie drängt sich, gewaltsam andere Reflexionen durchbrechend, vor. Auf dieser Eigenschaft unseres Geistes beruht jene Spannung, welche wir schon beim Lesen eines erdichteten Romans und noch mehr beim Anschauen eines Schauspiels empfinden, und sie steigert sich je nach dem Naturell der Person bis zur Unerträglichkeit im Angesichte wirklicher subjektiv als solcher empfundener Gefahr. Aber den klassischen Typus dieser Denkvorgänge bietet uns doch gerade die ganz isolirte und unverstanden bleibende Vorstellung. Welcher Arzt hat nicht schon packende Fälle der Art gesehen, wie etwa in folgender eigener Beobachtung: ein Herr in mittleren Jahren hatte gleichzeitig Jahre hindurch an einer chronischen Nephritis mit starkem Eiweissverlust und an einer harmlosen nervösen Paraesthesie der Beine zu leiden; jene liess ihn gleichgültig, der Gedanke aber an die Paraesthesie war für ihn ein Wurm, der an seinem Lebensglück in allen folgenden Jahren nagte, und der ihn stets von Neuem dem Entschlusse nahe brachte, die tödtliche Waffe gegen sich zu kehren. Wie stark in allen solchen Fällen zudem eine unbewusst sich geltend machende Suggestion mitwirkt, um Paraesthesien, Schwindel und sonstige nervöse Reizsymptome weiter zu verstärken und ihre Daseinsdauer durch einen circulus vitiosus (das Denken daran verstärkt das körperliche Symptom und dessen Auftreten umgekehrt wieder die Idee!) zu verlängern, daran sei hier nur flüchtig erinnert.

Der Affekt der Spannung und Unruhe, welcher durch die Hemmung des Fortschreitens unseres Gedankenablaufs hervorgerufen wird, ist indessen leider nicht die einzige natürliche Consequenz der Erwartung und der Sorge. Indem die entsprechende Vorstellung stets von Neuem in tödtlicher Gleichförmigkeit das Bewusstsein bedrängt und belagert, wird das psychische Organ der identischen häufigen Wie-



derholung des gleichen lästigen Reizes ausgesetzt, und zwar eines solchen — das ist sehr wesentlich! —, welcher zugleich die Aufmerksamkeit fesselt und angespannt hält. Gegen wenig Angriffe aber ist das Gehirn, wie allbekannt ist, so intolerant und gegen wenige widersetzt es sich so ungeduldig wie eben gegen lebhaft empfundene und sich folgende gleichartige Reize. Schon einförmig wiederkehrende und auffällige stilistische Wendungen, schon die mehrfache Erzählung der gleichen Anekdote wirkt peinlich; die monotonen Rufe eines Dementen oder Katatonischen können förmlich aufregend werden; handelt es sich aber gar um den sich je und je nutzlos erneuernden Kampf gegen eine Impulshemmung bei einer der vielfachen Zwangsphobien, rennt sich der Mann dabei gleichsam immer von Neuem den Kopf ein an der gleichen unübersteiglichen Schranke, so wird ihm mehr als bildlich der Angstschweiss ausgepresst werden, eine Angst und Pein entsteht, welche durch Zittern am ganzen Leib, Herzklopfen, Erbrechen u. s. w. drastisch genug sich darstellt. Der physiologische Effekt des verlängerten Hautkitzels zeigt uns die einfachste und bekannteste Analogie dazu.

Man versteht daraus eine weitere wichtige Consequenz. Unser Denken behandelt eine lebhaftere und drängendere Vorstellung der Sorge und des Zweifels nicht wie sonst bei einer Reflexion, sodass ruhig Grund und Gegengrund gegen einander abgewogen werden; sondern es fasst die Idee gerne wie einen Eindringling lästiger Art auf, es discutirt nicht mit ihr, sondern es streitet und kämpft wie mit einem Gegner in ärgerlicher Debatte. Ja es empört sich über den eigenen Kopf, der sich eigensinnig verbeisst in die peinliche Reflexion; und so resultirt dann schliesslich der Eindruck, als ob die Idee dem Denken selbst „fremdartig" sei, um so mehr, da sie ja nicht zu einem abgeschlossenen Urtheile gelangen kann, da sie also nicht in feste Beziehungen tritt zu dem sonstigen Denkinhalte oder, wie man incorrect es gerne ausdrückt, zum „Ich". Um so eher geschieht dies, wenn solche Ideen abnorm gesteigert werden, wenn es krankhafte Zwangsideen sind, um die die logische Abwehr sich erhebt, und wenn der Patient Selbstkritik genug besitzt, seinen ganzen Geisteszustand als einen psychopathischen zu erkennen. Die Westphal'sche Definition hat diesen Thatbestand, der übrigens keineswegs als regelmässig sich erweist — wie wir Eingangs darzulegen hatten —, mit der Wendung bezeichnet, „der Kranke stehe der Zwangsidee mit seinem gesunden Bewusstsein gegenüber". Auch dies Verhalten hat man für primär, nicht für secundär, wie es ist, genommen, und auch dadurch ist man bisher von der richtigen Deutung abgedrängt worden.

Unsere gesammte Auffassung des Symptoms unterscheidet sich indessen, wie man jetzt erkennt, von der bisher allgemein acceptirten dadurch, dass wir überhaupt den Denkzwang dabei als eine secundäre Folge der logischen Abschlussunfähigkeit dieser vier Vorstellungsgruppen (Zweifel, Sorge, Erwartung und überhaupt isolirte Vorstellungen) festgestellt hatten. Zur wahren Zwangsidee mit ihrem theils stürmischen Auftreten, theils ihrer sonderbaren Häufung wird jedoch der Denkzwang nur durch specifische pathologische Bedingungen, welche die normale Eigenthümlichkeit in's Ausserordentliche und Schrullenhafte übertreiben. Davon gleich ein Mehreres! Verständlich ist diese breite Grundlage des Symptoms in der Norm durchaus. Sie ist nicht viel stärker, als wenn wir die Urform der Wahnidee in den normalen Wirkungen einer erhöhten Suggestibilität oder eines specifisch gefärbten Affektes auf die Entstehung von Vorurtheilen und Suggestivurtheilen suchen. Im Uebrigen habe ich mir die etwas verwunderte Frage vorgelegt, nachdem ich einmal jene einfache Lösung gefunden und nachdem sich damit so viel Räthselhaftes fast glatt erledigt hatte, ich habe mich gewundert, sage ich, dass man bisher direct achtlos vor so starken und so auffälligen Analogien vorbeigegangen ist. Andrerseits darf ich doch sagen, dass die Lösung nicht so ohne Weiteres sich mir dargeboten hat. Der Weg war der, wie ich schon kurz angedeutet habe, dass ich eine recht grosse Zahl von Einzelbeobachtungen verglichen und dass ich dann mich gefragt habe, worin sie sich von der fixen Idee unterscheiden und warum sie nicht dazu sich entwickeln. Damit ergab sich dann das kennzeichnende Merkmal, dass hier ein logischer Abschluss nicht möglich war, d. h. dass den Patienten die normalen oder pathologischen Charactere ihrer Intelligenz fehlten, welche aus einer starken Vorstellung, z. B. der Eifersucht, ein fertiges Trugurtheil gestalten. Auch darauf werde ich noch zurückkommen. Im Uebrigen haben verschiedene Momente zusammengewirkt, das wissenschaftliche Denken von dem, wie ich überzeugt bin, richtigen Weg abzuleiten. Vielleicht ist es nicht ohne Werth, sie anzudeuten. Zuvörderst ist es die Abneigung vieler Psychiater, überhaupt genetisch-psychologische Untersuchungen anzustellen oder auch sie nur als nützlich anzuerkennen. Das ist mir völlig unerklärlich. Zunächst habe ich schon behauptet, dass man eines psychologischen Grundbegriffes doch nicht entrathen konnte, und dass er die ganze Lehre auf's Stärkste beeinflusst hat. Ist es aber besser, einen solchen Grund-



begriff — d. h. der primären Natur des Denkzwangs — unbesehen anzunehmen, als ihn wissenschaftlich zu untersuchen? Sodann, ist es etwa unwissenschaftlich gewesen, wenn man in der Lehre von den Geschwülsten sich nicht begnügt hat, Sarkome mit runden und Carcinome mit polygonalen Zellen zu unterscheiden, sondern wenn man die einen der Bindesubstanz, die anderen dem epithelialen oder endothelialen Gewebe zugewiesen hat? Noch unverständlicher aber ist mir der Einwand, wenn man sagt: „ja, Ihr thut doch Nichts, als dass Ihr denkt, wie in Euch selbst ein solcher psychologischer Vorgang sich entwickelt haben könnte! Und in das Denken eines Anderen kann man sich gar nicht wirklich hineinfinden". Ja, antworte ich, wäre es nicht sehr schön, wenn wir uns auch in den formativen Trieb einer Carcinomzelle hineindenken könnten, so wie das in psychologischen Dingen möglich ist? Gewinnen wir nicht da die werthvollsten heuristischen Analogien, und zwar nicht mehr und nicht weniger? Nicht mehr! denn der Beweis selbst muss inductiv geführt werden, nicht heuristisch.

Hinderlich war zweitens, wovon ich bereits gesprochen habe, das Zusammenwerfen des drängenden Characters der Impulse und Triebe, des Triebes zu einer Bewegung oder Handlung mit der Nöthigung, eine Vorstellung auch gegen den Willen der Person festzuhalten. Gerade diese Vermengung rührt in allererster Linie daher, dass man über die Natur des Zwanges in der Zwangsidee sich keinen genaueren Begriff gemacht hatte, dass man eben nur den Willenszwang im Auge hatte. So kam nun der grosse Wirrwarr aller möglicher abnormer Impulse und Triebe in die Nachbarschaft der Zwangsidee, und einen realen Grund, warum z. B. nicht auch der Brandstiftungstrieb und die sexuellen Perversionen dazu gehören sollten, hat man nie recht geltend machen können. Jedenfalls aber war es nun fast unmöglich, einen gemeinsamen psychologischen Gesichtspunkt für die „Zwangszustände" aufzufinden. Dass die Denkhemmung das Entscheidende sei und dass nur die Impulshemmungen in den unmittelbaren Bereich der Zwangsidee gehören, das anzunehmen lag nun ferne. Endlich drittens hat der an sich recht gut gewählte Name der Zwangsidee irregeführt und die ganze Entwicklung der Lehre, nicht zum Wenigsten ihr Ausgehen von der „Zwangsideenpsychose", welche von unserem normalen Denken am Weitesten abliegt. Thatsächlich kann der normale Parallelbegriff nicht wohl von hier aus zunächst entdeckt werden, sondern das musste geschehen durch die Betrachtung der „emotiven" Form, welche fast nur durch die Intensität sich unterscheidet von jenem. —

Der wahre Prüfstein nun für die Richtigkeit einer Symptomerklärung muss in der Anwendbarkeit derselben auf die verschiedenen speciellen Formen des Symptoms gefunden werden und dadurch, dass sie eine genügende Abgrenzung gestattet gegen irgend wie ähnliche Abnormitäten, im vorliegenden Falle gegenüber der fixen Idee und der Wahnidee. Die seitherigen systematischen Eintheilungen der Zwangsvorstellungen lauten nun bei jedem Autor verschieden, doch gilt heute wenigstens die Gegenüberstellung der symptomatischen und episodischen Form gegen die dauernde und unheilbare Gestaltung innerhalb der „Zwangsideenkrankheit" fast allgemein als zutreffend, und damit nahezu parallel geht die Unterscheidung der „emotiven" und der primär intellectuellen Form. Man hat ferner schon mehrfach die oft drastisch sich kundgebende Thatsache notirt, dass ein Theil der Zwangsvorstellungen speciell im Zustande der nervösen Erschöpfung und Uebermüdung sich einzustellen pflegt. Wie aber durch diese und andere Momente die Bildungsweise des Symptoms alterirt und beeinflusst werde, das blieb im Wesentlichen dunkel, solange man nur im primären Vorstellungszwang das Wesen der Erscheinung erblickte. Dahingegen lässt unsere Erklärung ohne Weiteres erkennen, dass drei verschiedene abnorme Bildungsweisen möglich sein müssen: erstens kann nur die peinliche Einwirkung der abschlussunfähigen Vorstellungen auf die Psyche gesteigert sein, es kann also eine event. hochgradige Intoleranz bestehen gegen Vorstellungen der Sorge und des Zweifels, welche an sich motivirt sind, eine förmliche „Erwartungsangst", wie ich das nennen möchte, kann sich ausbilden. Zweitens aber kann die Natur der Patienten abnorm befangen und ängstlich oder aber andrerseits pedantisch scrupulös sein oder werden. Damit kann eine abnorme Hemmung des Denkens sich geltend machen und es kann so die Zahl der Zweifel wachsen, die Personen finden kein Ende, sowie überhaupt nur Scrupel aufgetreten sind, auch solche, welche der Geistesnormale unschwierig lösen würde. Diese Schwierigkeiten aber können an zwei sehr verschiedenen Stellen des Gedankenablaufs sich erheben, einmal direct beim Abschluss einer Erwägung, bei dem Treffen einer Entscheidung, bezw. — bei beabsichtigten Handlungen — beim Fassen eines Entschlusses. Sodann aber, und damit bezeichnen wir die dritte Hauptform, kann der ganze Gedankenablauf selbst gehemmt sein, d. h. es kann jenes so bedeutungsvolle Grundgesetz unseres Denkens von Hause aus gestört, es kann das



Fortschreiten der Gedanken verlangsamt und wesentlich behindert sein, so dass der Patient von Allem und Jeden, was seine Reflexion beschäftigt, gleichsam festgehalten und „gefesselt" wird.

Man erkennt wohl leicht, dass diese drei fast direkt aus dem [Symtom-Begriffe] selbst zu folgernden Hauptmöglichkeiten einer krankhaften Störung thatsächlich auch den wesentlichen Gruppen und Kategorien der Zwangsvorstellung entsprechen, wie sie sich der ärztlichen Beobachtung bereits aufgedrängt haben. Ich kann das aber an diesem Orte nur durch eine Skizzirung flüchtigster Art erläutern, wenn ich nicht den Aufsatz durch stark in's Detail gehende casuistische Belege belasten soll. Die erste Gruppe deckt sich mit der gewöhnlichsten Form der emotiven Zwangsidee bei den allgemeinen Neurosen (namentlich Nervosität und nervöse Ueberreizung, Neurasthenie, Hypochondrie u. ähnl.). Als einfacher Typus sei eine jüngere, nervös belastete 30jährige Dame genannt, welche nach Heilung eines voraufgehenden Spitzenkatarrhs zunächst Nachts beim Erwachen durch einen starken Brand in einem gegenüberliegenden Hause erschreckt worden war. Gut 1 1/2 Jahre darnach war sie Tag und Nacht zu jeder Stunde von der stürmischen Angstvorstellung verfolgt, es könne ein solcher Brand im eigenen Hause ausbrechen; sie fand keine Ruhe mehr, litt oft an „Exacerbationen" mit Schlaflosigkeit, neuralgiformem Kopfschmerz, Angst vor dem Alleinsein und vermochte in solchen Zeiten, wo sie zu Bett liegen musste, anderen Gedanken um ihre Familie u. dgl. kaum mehr Raum zu geben. Nachdem endlich diese Idee milder geworden war, wurde sie durch eine neue noch wesentlich heftigere Furchtidee abgelöst. Ihr psychopathisch genusssüchtiger und im Arbeiten energieloser Bruder wurde nach stürmischen Auftritten von der Familie nach Amerika zu gehen genöthigt, hatte aber dabei eines Tags einen Revolver hervorgezogen und damit in offenbar nur theatralischer Weise gedroht. Seither kam die von ihr als ganz überwältigend geschilderte Furcht, dieser Bruder möge eines Tages, nachdem er auch in Amerika in gewohnter Weise abgewirthschaftet habe, unvermuthet zurückkehren und dann an der ganzen Familie Rache üben. Diese Idee wurde von jetzt ab, wieder jetzt schon 1 1/2 Jahre, in einer fast unglaublich hartnäckigen Art und Weise von ihr festgehalten, wieder kommen besonders mit den Menses die vielen Exacerbationen oder sogen. „Krisen" mit einer athemlosen Angst und Verzweiflung, wo sie nach eigenem Ausdruck jede Minute den Eintritt des Bruders erwartete, bei jedem Schall der Flurklingel jählings in dieser Furcht zusammenzuckte, und wo sie auf der Strasse hunderte Male ebenso von der Illusion gepeinigt wurde, sie habe in irgend einer Person von ähnlicher Statur den Unheilbringer erkannt. Ja, so stark war ihr Entsetzen, dass sie erst nach vielen Wochen es über sich gewann, die Qual, welche sie auf Schritt und Tritt verfolgte, überhaupt nur auszusprechen. — Wesentlich häufiger noch beziehen sich diese Fälle stürmischer und endlos lang sich festsetzender Erwartungsangst auf Vorstellungen hypochondrischen Inhalts, z. B. in der Art, dass ein einziges Mal wie ein Blitz aus heiterem Himmel ein schwerer Anfall von Herzpalpitationen den Patienten überfallen hat, etwa als Folge mehrfach durchschwärmter Nächte, eines mit vollem Magen unvorsichtig genommenen kalten Flussbades oder gehäufter Rauchexcesse. Fälle, wo die folgenden 2 oder 3 Jahre des Lebens einfach in nutzloser Pein hingebracht werden ohne die Fähigkeit zu einer Berufsarbeit auch geringer Art kann ich in Zahl von einem Dutzend und mehr aus meiner eigenen Erfahrung mit Leichtigkeit beibringen.

Hier ist also das Wesentliche die Intoleranz der Psyche gegen eine drängende Sorge, und das causale Moment ist eine starke und active nervöse Erregtheit, sodann zweitens der erste starke chocartig erschütternde Eindruck eines gefährlich für die Zukunft scheinenden Ereignisses, drittens aber, was wohl selten fehlt, eine gewisse erheblichere nervöse oder neurasthenische Prädisposition, bezw. eine vorhandene Tendenz zum Festkleben an peinlichen Erregungen der Phantasie, welche verwandt ist mit der an dritter Stelle zu nennenden Anlage.

Die nervöse Ueberreizung wirkt indessen nicht bloss lebhaft irritirend, sondern umgekehrt auch lähmend auf den Geist, und gelähmt wird alsdann diejenige Leistung, welche sowohl die grösste Energie voraussetzt als auch zugleich die meiste Verantwortlichkeit in sich schliesst, und welche dem entsprechend von den stärksten „Bedenken" begleitet zu werden pflegt. Das aber ist kurz gesagt der Abschluss eines Denkaktes, z. B. eines richterlichen Urtheils und die Vollziehung einer Leistung oder Handlung. Scheut die Person vor dieser Funktion zurück, so blickt die zagende Furcht in die Zukunft, richtet sie ihr Auge rückwärts auf das Geschehene und die möglichen Folgen des Geschehenen, so entsteht der quälende Zweifel, die Irrthumsangst. Das sind wieder durchsichtig klare Verhältnisse, welche in der normalen Psychologie des Alltagslebens eine Fülle von Analogien, ebenso wie in der ersten Gruppe, besitzen. Hier ist es, wo, wie ich vorhin sagte, der Patient seinen Kopf einrennt gegen die Schranken, die für ihn um so unübersteiglicher sind, je mehr die



Phantasie die Bedenken ausmalt und je schlaffer gleichzeitig die Willenskraft geworden ist, und je mehr drittens die physiologisch lähmenden Wirkungen des Angstaffektes zum Durchbruch kommen. Hierher gehören wohl alle sogen. Phobien und Impulshemmungen, welche ebenfalls gewöhnlich durch einen chocartig den Mann erschütternden, starken Misserfolg eingeleitet werden. Characteristisch ist dabei der befreiende Effect des Alkohols, welcher in erster Linie die Impulsivität erhöht. So musste ein sonst thatkräftig scheinender junger Barbier seinem Berufe entsagen, weil er schon als Lehrling beim Schnurrbartbrennen einmal Unheil angerichtet hatte, und weil er dann einmal, als er einen besonders empfindlichen „besseren Herrn" zu rasiren hatte, plötzlich von einer lähmenden Angst ergriffen wurde; er lief, ohne die Sache zu vollenden, davon und kündigte auf der Stelle, ohne sich aus Scham seinem verwunderten Chef zu entdecken. Ein Kaufmann sah sich, in gefährlicher Geschäftslage befindlich, völlig ausser Stande, die Schwelle zu seinem fast nebenan befindlichen Comptoir zu überschreiten, wo er stündlich das Eintreffen von seine Existenz bedrohenden Briefen besorgte.*)

Die Irrthumsfurcht pflegt am Stärksten hervorzutreten bei solchen Aktionen, welche mehr mechanisch ausgeführt werden und bezüglich welcher daher später der Patient bei auftauchenden Zweifeln sich schlecht Rechenschaft zu geben vermag, weil eben seine Erinnerung eine unsichre ist. Hier wird dann der ungestüme Drang nach zu erringender Klarheit in den heftigsten Formen beobachtet. Die Fälle sind recht häufig. So war ein stark belasteter Patient von schwerer Irrthumsangst gequält, glaubte stets falsche Goldstücke verausgabt, seine Kinder aus Versehen vergiftet, in der Pferdebahn statt in seine, in die Tasche des Nachbars gegriffen zu haben; und endlich gerieth er durch Monate in eine maasslose Angst, indem er befürchtete, er könne durch eine unvorsichtige Redewendung seinem Gehülfen sein ganzes Vermögen verschenkt haben.

Die typische Zwangsideenpsychose beruht auf der an dritter Stelle genannten Eigenart des Denkens, welche stets angeboren zu sein scheint, degenerativen Ursprungs ist und bald schon in der Kindheit hervortritt, öfter erst sich allmählich steigert und entwickelt. In mässigen Graden fällt mehr die Umständlichkeit der Personen auf und ihr „festkleben" an jedem auch geringfügigen Thema, ein Ausdruck übrigens, welchen der erste Patient in der Tuczek'schen Publikation**) selbst gebraucht — ein Fall nebenbei von so klassischer Ausprägung und von so überaus lehrreichen Selbstbekenntnissen begleitet, dass seine Lektüre allein mehr als die beste Analyse, die Natur der Störung beleuchtet. Nirgends noch habe ich so überzeugend jene Hemmung im Voranschreiten des Gedankenlaufs gesehen wie hier, jenes fortwährende Sichdrehen im gleichen Kreise mit allen möglichen, meist trivialen Variationen, gleich wie das „Auf der Stelle treten" des Soldaten. Jedes, auch das nichtigste Bedenken muss festgehalten werden, sowie es überhaupt erst einmal eingefallen ist: ob das Abreibetuch rauh oder glatt, ob es Leinwand oder Baumwolle sein, ob man die rechte oder die linke Seite gebrauchen, ob man nach oben oder nach unten reiben müsse; ob ein Taschenmesser Infektionsträger sein könne, ob man es in der Westentasche oder in der Hosentasche, mit oder ohne Etui tragen müsse, über diese und hundert ähnliche Probleme marterte sich der gebildete Mann unaufhörlich und hatte alle erreichbaren Aerzte und Autoritäten zu befragen beschlossen. Eine Dame der Art hat mir versichert, dass sie längst kein Buch mehr lesen könne, weil sie nie über eine Seite hinauskomme, überall nach dem Nebensinn, nach allen möglichen Bedeutungen der Worte und Sätze forschen müsse. Hier giebt es dann keine Haupt- oder Nebensachen mehr, denn jede Nichtigkeit muss eben gerade so behandelt werden wie beim Normalen eine Lebensfrage. Leicht erklärlich ist nun der Grübelzwang; denn wo auch nur das Denken einen Haltepunkt findet, wo eine Frage möglich ist, da sind diese Unglücklichen unfähig, darüber hinweg zu gleiten, wie es der dem Kindesalter Entwachsene bald als die nöthige „Oeconomie des Denkens" lernt. Der Gedankenlauf löst sich auf in einem Wirbel von Fragen; und ganz die gleichen Hemmnisse machen sich geltend bei allen Handlungen, welche in einen Wirrwarr des Kleinlichen und des mehr und mehr Grotesken gerathen. Wir können auch hier nicht weitergehen; mit einem Worte, diese Formen sind gleichsam als das photographische Negativ des normalen fortschreitenden Gedankenablaufs zu betrachten; überall finden sich für das Denken Reibungsflächen und Fallstricke, wo es nicht von der

*) Die „Bedenken" oder die hemmenden Vorstellungen brauchen sogar überhaupt nicht irgendwie logisch motivirt zu sein, sondern es genügen schon lebhafte ängstliche Erregungen der Phantasie, die jeweils wach werden. So war ein junges Mädchen unfähig geworden, ihr Zimmer zu verlassen, weil einmal im gleichen Momente, als sie ihre Zimmerthüre geöffnet hatte, ein Nachbarkind aus dem Fenster gestürzt war. Dieses Ereigniss kam ihr jedes Mal wieder in den Sinn, wenn sie die Thüre öffnen wollte und hinderte sie daran.

**) Tuczek, Ueber Zwangsvorstellungen, Berliner klin. Wochenschr. 1899, Nr. 6 — 10.



Stelle kommt. Und da die normale Empfindung für die Pein der Denkhemmung und des Zwangsdenkens gewahrt bleibt, so gestaltet sich das geistige Leben dieser Personen zu einer einzigen Kette von nutzloser Selbstquälerei.

Erledigen wir nur noch rasch unser letztes Problem: was ist der innere Unterschied der Zwangsidee und der fixen Idee, und warum ist die erstere im Allgemeinen nur innerhalb einer normalen Intelligenz möglich? Auch hier folgt die Antwort unmittelbar aus unserer Definition. Weil, sagen wir kurz, lebhaft erregende und drängende Vorstellungen des Zweifels nur da unabgeschlossen bleiben, weil sich ein aufgeregter Mensch nur da bei der Unlösbarkeit seiner ihn ganz erfüllenden Zweifel beruhigt, wo eine normale logische Kritik gewahrt geblieben oder sogar gegen die Norm gesteigert ist. Jede fixe Idee ist eminent unkritisch, der Träger der Zwangsidee bleibt kritisch oder sogar überkritisch und rabulistisch. Ob also ein Denkobject zur Zwangsidee oder zur Wahnidee werde, das hängt nicht ab von der Art und der Inscenirung seines Auftauchens, sondern in erster Linie von der Geistesanlage und der momentanen Geistesverfassung der denkenden Person. Freilich, Erwartungsfurcht an sich kann schliesslich bei Jedem sich geltend machen, und so sahen wir bereits, dass sie sogar mit Vorliebe der melancholischen Wahnidee auf dem Fusse folgt. Derartiges wirkt zwar einigermaassen ähnlich wie die Zwangsidee, ist aber begrifflich von ihr zu sondern. Denn die Erwartung z. B. einer angeblich drohenden Verhaftung ist hier die einfache Consequenz der fertigen depressiven Wahnidee, während bei der Zwangsidee das Entscheidende liegt in der qualvollen Unmöglichkeit, die Zweifel über ein ganzes noch so wichtiges oder den Mann wenigstens aufregendes Denkobject zu überwinden. Ein Stück einer Hamletnatur, eine Verwandtschaft mit Spielhagen's „problematischen Naturen" haftet allen diesen Personen an; gleichwohl kann sich der bangste religiöse Zweifel in plötzlich erreichter freudiger Gewissheit lösen, und ebenso kann da und dort die Zwangsidee in die fixe Idee „übergehen", sowie der zagende Affekt in eine gehobene oder aggressive Stimmung umschlägt.

Wir schliessen, indem wir an die Seite der als Habitusdefinition immer werthvoll bleibenden Begriffsbestimmung Westphal's unsere eigene stellen: „Zwangsideen sind solche Vorstellungen des Zweifels, der Sorge oder der Erwartung, welche ihrer Natur nach isolirt und eines logischen Abschlusses unfähig bleiben, und deren Eigenschaft, sich ihrem Träger auch gegen dessen Willen aufdrängen, entweder durch nervöse Erregtheit lebhaft gesteigert oder deren Bildung durch primäre Hemmungen des Denkens und Entschliessens befördert wird".

Es kam uns in dieser Abhandlung nur darauf an, die Grundgedanken unserer Auffassung zu entwickeln und über eine Reihe von Punkten, welche an dieser Stelle unerledigt bleiben mussten, gedenken wir uns bei einer anderen Gelegenheit zu verbreiten.

Mittheilungen.

— **Société de Neurologie de Paris,** Sitzung vom 7. November 1901.

Babinski giebt eine Definition der Hysterie: „Die Hysterie ist eine psychische Erkrankung, darin bestehend, dass die davon befallene Person für Suggestion und Autosuggestion empfänglich ist. Sie manifestirt sich hauptsächlich durch primäre, nebenbei durch secundäre Störungen.

Die primären Störungen sind charakterisirt durch die Möglichkeit, sich mit völliger Genauigkeit bei bestimmten Individuen reproduciren zu lassen und unter dem ausschliesslichen Einfluss der Ueberredung (persuasion) zu verschwinden. Die secundären Störungen sind gekennzeichnet durch ihre nahe Abhängigkeit von den ersteren." — Touché stellte Kranke mit Hemiplegie, Hemianästhesie und Hemichorea vor (Hämorrhagie des hinteren Theils der Caps. int.) — Faure und Laignel berichteten über ihre Untersuchungen der Leichenerscheinungen der Nervenzellen; diese Veränderungen seien für ein geübtes Auge leicht zu erkennen und träten erst spät auf; sie seien kein Hinderniss bei den Untersuchungen pathologischer Präparate mit der Nissl'schen Methode. — Feindel und Meige sprechen über den Erfolg der erziehlichen Behandlung bei Tic mental, Dufour über die prognostisch ungünstige Bedeutung des Tics bei chronisch Geisteskranken.

In der Sitzung der Société médicale des hôpitaux de Paris vom 13. December berichteten Souques und Ribierre über melancholische Wahnideen gefolgt von Selbstmord in einem Falle von Typhus, Oddo und Audibers über periodische, familiäre Paralyse (Lähmung der willkürlichen Bewegungen, Fehlen der Sehnenreflexe, tiefe Störung der elektrischen Reaction, Integrität der Sensibilität und Intelligenz.

— Der **psychiatrische Verein** zu **Berlin** hatte in seiner Sitzung am 22. Juni eine Kommission, bestehend aus den Herren Guttstadt, Leppmann und Waldschmidt, eingesetzt, um über die von Herrn



Schaefer im Anschluss an seinen Vortrag über öffentliche Trinkeranstalten in jener Sitzung eingebrachten Thesen zu berathschlagen. Das Ergebniss dieser Arbeit referirte Waldschmidt in der jüngsten Sitzung obigen Vereins am 14. Dezember, infolge dessen nach sehr eingehenden Debatten unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrath Moeli folgende Thesen zur Annahme gelangten:

1. Specialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.
2. Diese Specialanstalten können
   a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten;
   b) geschlossene, im Character der Anstalten für Geisteskranke sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Specialanstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann
   a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden;
   b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind analog die für Anstalten für Geisteskranke geltenden Bestimmungen massgebend. Dieselben sind mit Rücksicht auf die durch das B. G. B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen ist.

5. Die Leitung von Specialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses (§ 681 C. P. O.) bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Specialanstalt thunlichst oft Gebrauch macht. —

In der Begründung wies Ref. darauf hin, dass die Kommission ausdrücklich darauf verzichtet habe, den Trunksüchtigen besonders als krank zu bezeichnen, da sie dies als etwas selbstverständliches voraussetzt; sie will aber aus Zweckmässigkeitsgründen nicht, wie es Schaefer in seiner These 1 that, direct zum Ausdruck bringen, dass Trunksucht eine Geistesstörung sei. Mit Bezug auf eine neueste Veröffentlichung des Berichterstatters über die Trinkerfürsorge in Preussen wurde hervorgehoben, dass weitaus die meisten Alkoholisten in die allgemeinen Krankenanstalten, ein geringerer Theil (ca. $^1/_3$) in die Irrenanstalten gelange. Dem Umstande Rechnung tragend, dass Alkoholkranke in diesen verschiedenen Krankenanstalten nicht die richtige Behandlung erfahren, schlug die Kommission vor, ausser Specialanstalten für Trunksüchtige, mit deren Nothwendigkeit sich die Versammlung einverstanden erklärte, denjenigen Krankenhäusern und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufzunehmen gewillt seien, aufzuerlegen, dass sie besondere Abtheilungen dafür einzurichten haben, auf denen, ebenso wie in den Specialanstalten das Prinzip der Abstinenz durchgeführt werde. Die Abstimmung ergab indess, dass man auf diesen (etwas schwer zu verallgemeinernden) Zusatz verzichtete, womit der Wille der Versammlung, Trunksüchtige Specialanstalten zu überweisen, nur umso schärfer zum Ausdruck gelangte.

Angesichts der Thatsache, dass ein grosser Theil Trunksüchtiger nicht zum freiwilligen Eintritt in eine Heilstätte kommt, und ferner in Anbetracht der wechselvollen Stimmungen und der Unstetigkeit dieser Patienten, deren Kritik- und Urtheilslosigkeit nichts zu wünschen übrig lässt, muss eine zwangsweise Unterbringung in Anstalten gefordert werden. Es ist einigen Trinkeranstalten unbedingt Detentionsrecht zu verleihen; dabei ist daran gedacht, dass offene und geschlossene Specialanstalten in steter Wechselbeziehung zu einander stehen, und ihre Patienten je nach Bedarf einander austauschen. Dagegen ist vermieden, Heil- und Pflegeanstalten grundsätzlich von einander zu trennen, zumal man bei Irren-Heil- und Pflegeanstalten die Verschmelzung der Begriffe längst ertragen habe.

Zur zwangsweisen Unterbringung von Trunksüchtigen in Anstalten genügen die vorhandenen gesetzlichen Maassnahmen nicht; es ist nöthig, dass ausdrücklich Bestimmungen über Aufnahme und Zurückhaltung ähnlich denjenigen für Irrenanstalten erlassen werden. Nicht minder erforderlich ist, die Kostenfrage landesgesetzlich zu regeln; dies drückte bereits der deutsche Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit auf seiner diesmaligen Jahresversammlung in Lübeck gelegentlich eines Referats über die Aufgaben der Armenpflege gegenüber trunksüchtigen Personen durch folgende Resolution aus: es wird für eine dringende Aufgabe der Landesgesetzgebung erachtet, Ausführungsbestimmungen zu den reichsgesetzlichen Bestimmungen über die Entmündigung der Trunksüchtigen, insbesondere durch Klarstellung der Kostenfrage, zu treffen.

Es dürfte aus verschiedenen Gründen nicht unzweckmässig erscheinen, diese Frage mit dem Gesetz vom 11. Juli 1891 zu verschmelzen, immerhin glaubte Ref. auf die Pflichten des Staats aufmerksam machen zu sollen, indem er ein Trinkerfürsorgegesetz ähnlich dem Fürsorgeerziehungsgesetz, welches am 1. April d. J. in Kraft getreten, dringend empfahl.

Nachdem man sich ohne weitere Debatte mit der Maassnahme einverstanden erklärte, dass die Leitung der Specialanstalten Aerzten, welche für Psychiatrie und Nervenheilkunde vorgebildet, zu übertragen sei, erkannte man allgemein den Wunsch an, dass Trunksüchtige möglichst unter Aussetzung des Entmündigungs-Beschlusses in eine Anstalt gelangten; der



Richter also häufig vom § 681 C. P. O. Gebrauch mache.

Mit einer gewissen Befriedigung muss hervorgehoben werden, dass die Angelegenheit in mehreren Stunden seitens der Versammlung eine Bearbeitung erfuhr, welche puncto Gründlichkeit nichts zu wünschen übrig liess. Es ist dies zweifellos dem Vorsitzenden zu verdanken, der sein grosses Interesse für diese immer brennender werdende Frage auf's neue in lebhaftester Weise bekundete. Mögen die Früchte jener Arbeit nicht fern bleiben. Wdt.

— Die bekannte **Nervenheilstätte „Haus Schönow"** bei Zehlendorf feierte unter zahlreicher Betheiligung ihr 2. Stiftungsfest. Unter den Erschienenen bemerkte man die Gräfin Posadowsky, Generalarzt Dr. Schjerning, Oberstabsarzt Dr. Pannwitz, den Präsidenten des Reichs-Gesundheitsamtes Dr. Köhler, Geh. Medizinalrath Prof. Dr. Jolly, Geheimrath Ludwig vom Reichs-Versicherungsamt u. a. Der Direktor der Heilstätte, Dr. Laehr, erstattete den Bericht. Seit dem 1. Januar 1901 sind 419 Kranke aufgenommen worden. Durch den geplanten Bau eines vierten Krankenhauses der Heilstätte, wofür bereits ein geeignetes Terrain und ein Grundstock von 70 000 M. zur Verfügung stehen, wird es in Zukunft möglich sein, mehr Kranke aufzunehmen und in noch mehr Fällen als bisher eine Ermässigung der Sätze eintreten zu lassen. Als völlig geheilt und gebessert wurden 72 % entlassen, 18 % konnte dagegen eine Heilung nicht gebracht werden. Die Heilstätte haben namentlich die Damengruppen Berlin und Zehlendorf helfend zur Seite gestanden. — Bereits in allernächster Zeit sollen nach dem Vorbilde des Hauses Schönow auch in anderen Theilen Deutschlands derartige Heilstätten errichtet werden. (Post.)

— Ueber die „Wirksamkeit der psychiatrischen **Universitätsklinik** zu **Tübingen** in der Zeit vom 1. November 1893 bis 1. Jan. 1901 nebst Geschichte ihrer Entstehung" hat Prof. Siemerling eine Brochure *) erscheinen lassen, der wir folgendes entnehmen: „Unter 2508 Aufnahmen befanden sich

einfache Seelenstörungen	61 %
Paralysen	4,2 %
Deliranten und Alcoholisten	6,6 %.

Die entsprechenden Ziffern bei 1786 Aufnahmen der Berliner Charité im Januar 1898 lauteten: 17 bezw. 15 bezw. 41 %. Dieser Unterschied ist durch die ländliche bezw. grossstädtische Herkunft der Kranken bedingt. Unter den einfachen Seelenstörungen der Tübinger Geisteskranken wog die depressive Form in der Gestalt der Melancholie vor. Abgeschlossenheit des Wohnorts, Verbreitung des Sectenwesens konnten zuweilen als begünstigende Momente für das Zustandekommen der Erkrankung angesehen werden. Ein Theil dieser Kranken suchte die Hilfe der Klinik auf, nachdem der Versuch, in einer Gebetsanstalt (!) Genesung zu finden, fehlgeschlagen war".

„Besonders ausgedehnter Gebrauch wurde gemacht von den frühzeitigen Entlassungen bei beginnender Reconvalescenz. Es konnte wiederholt die Erfahrung gemacht werden, dass Kranke, welche mit noch ausgesprochenen Zeichen der Verwirrtheit entlassen wurden, im Abklingen eines hallucinatorischen Erregungszustandes oder eines Stupors, einer Katatonie, zu Hause sich sehr schnell erholten und klar wurden". Bei gegen ärztlichen Rath erfolgenden Abholungen der Kranken seitens der Angehörigen wurde von letzteren ein Revers gefordert. Interessant ist die Geschichte der Entstehung der Klinik: bereits im Jahre 1817 wurde die Errichtung einer Irrenklinik zum ersten Male ins Auge gefasst, und von da an zieht sich eine lange Kette von erfolglosen Unterhandlungen zwischen den betheiligten Behörden, die aber niemals über die Nothwendigkeit einer solchen Klinik uneins waren, bis zum Jahre 1890, wo der Bau begonnen wurde.

*) Tübingen, Verl. v. Fr. Pietzker, 1901. 35 S., Pr. 1,50 M.



Psychiatrische Universitätsklinik zu Tübingen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 41. 4. Januar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Psychiatrische Fortbildungscurse für Medicinalbeamte.

Die Mittheilung in Nr. 36, 1901, der Psychiatrischen Wochenschrift, dass auf Anregung des Grh. Bad. Ministeriums des Innern während des Monats October 1901 für einen Theil der badischen Medicinalbeamten in der Heil- und Pflegeanstalt Illenau ein 12 tägiger psychiatrischer Curs abgehalten worden sei und dass dieser Curs nicht vereinzelt bleiben werde, erscheint mir in hohem Grade beachtenswerth. Denn wenn auch für die Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt die Mitwirkung der Medicinalbeamten neuerdings insofern eine fortschreitende Beschränkung erfahren hat, als deren Zeugniss meines Wissens nur noch in sehr wenigen deutschen Staaten als unerlässliche Vorbedingung gilt, so ist doch die sociale Bedeutung der Geisteskrankheiten überhaupt eine so ausserordentlich grosse und der Medicinalbeamte wird als psychiatrischer Sachverständiger im staatlichen Interesse so häufig und in einer so folgenschweren und verantwortungsvollen Art und Weise in Anspruch genommen, dass über die Wichtigkeit und den Nutzen psychiatrischer Fortbildungscurse der erwähnten Art, zumal bei dem heutigen Stand der psychiatrischen Wissenschaft, trotz den Erfolgen der psychiatrischen Kliniken und der Einführung der Psychiatrie in die Prüfung der Aerzte, kein Zweifel obwalten kann.

Freilich ist in unserer Zeit die Aufmerksamkeit und die Fürsorge der staatlichen und der kommunalen Organe und in stets wachsender Ausdehnung auch die Thätigkeit freiwilliger Vereine vorzugsweise auf die Förderung hygienischer Interessen und insbesondere auf die Bekämpfung der Volkskrankheiten gerichtet. Aber ganz abgesehen davon, dass auch die Geisteskrankheiten ohne Zwang unter den Begriff der Volkskrankheit gebracht werden können, bedarf es nur des Hinweises auf die Ursachen der Geisteskrankheiten, wie sie in der Vererbung, in der erschwerten Lebenshaltung weiter Kreise des Volkes, in der Wohnungsnoth, dem Missbrauch der geistigen Getränke, den Geschlechtskrankheiten u. s. w. gegeben sind, oder der Betonung der Aufgaben, die dem Medicinalbeamten als Schularzt, namentlich im Interesse der sogenannten schwachbefähigten Kinder, gestellt werden, um den Beweis zu liefern, dass die hygienische Leistungsfähigkeit des Medicinalbeamten in wesentlichen Beziehungen von seinem psychiatrischen Wissen und Können abhängt und umgekehrt.

Man kann daher nur dringend wünschen, dass das Vorgehen der Grh. Badischen Staatsregierung in weiten Kreisen die verdiente Beachtung finden und gleichsinnige Wirkung äussern möge, und dieser Wunsch führt unmittelbar zu der Frage, ob nicht vielleicht schon jetzt in manchen deutschen Staaten ähnliche



Maassnahmen getroffen worden sind. Ich glaube die Bewegung nach dem Ziele zu unterstützen, indem ich hiermit die Einsendung entsprechender Mittheilungen an die Psychiatrische Wochenschrift in Vorschlag bringe und in den betreffenden Fällen namentlich um Auskunft darüber bitte, ob der Fortbildungscurs gleichfalls auf Psychiatrie beschränkt worden ist, oder ob noch andere für den Medicinalbeamten nicht minder wichtige Fächer mit dem Psychiatrischen Curs verbunden werden, ferner, ob der Curs in bestimmten Zeitabschnitten regelmässig wiederkehrt oder nicht.

Bei uns, im Grossherzogthum Hessen, besteht ein alljährlich wiederkehrender Fortbildungscurs für die Medicinalbeamten bereits seit dem Jahr 1898. Derselbe wird auf der Landesuniversität Giessen abgehalten und dauert jedesmal 12—14 Tage.

Die Medicinalbeamten werden hierzu gruppenweise einberufen, und zwar so, dass jedem einzelnen Beamten nach je drei Jahren die abermalige Betheiligung gesichert erscheint. Jeder Theilnehmer erhält, abgesehen von dem Ersatz der Reisekosten, ein Taggeld von 10 M. Die nähere Organisation des Curses glaube ich dadurch am besten zu verdeutlichen, dass ich beispielsweise das Referat über den im Jahre 1899 abgehaltenen Fortbildungscurs, wie es in dem Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine des Grossherzogthums Hessen erschienen ist, im Auszug hier wiedergebe.

Der Curs fand in der Zeit vom 9. bis 21. Oktober 1899 statt. Die Zeiteintheilung war folgende: 8—$9^3/_4$ Uhr: Professor Dr. Boström (pathologische Anatomie und gerichtliche Medizin). 10—12 Uhr: Prof. Dr. Gaffky (Hygiene), 12—1 Uhr: Prof. Dr. Sommer (Psychiatrie). Die Nachmittage waren theils hygienischen Besichtigungen, theils hygienischen Besprechungen gewidmet.

I. Hygienischer Theil:

a) Die bakteriologischen und hygienischen Untersuchungsmethoden und Uebungen fanden im Wesentlichen dieselbe Berücksichtigung, wie in dem vorjährigen Cursus. Besonders sei erwähnt, dass die Wohnungsdesinfektion mittels Formalindämpfen nach der sog. Breslauer Methode den Theilnehmern praktisch vorgeführt wurde.

b) Auch die hygienischen Besprechungen wurden im Wesentlichen in demselben Rahmen wie im Vorjahre gehalten. Mit Rücksicht auf die drohende Pestgefahr wurde der Aetiologie, Prophylaxe und Bekämpfung dieser Seuche besondere Berücksichtigung zu theil.

c) Als Objekte für Besichtigungen dienten:

1. Das hygienische Institut in Giessen;
2. Das Volksbad in Giessen;
3. Die Knaben- und Mädchenschule in Giessen (Schulbaracke, Schulbrausebäder, Heiz- und Ventilationsanlagen u. s. w.);
4. Die Desinfektionsanstalt der neuen Kliniken und die städtische Wohnungs-Desinfektion zu Giessen;
5. Die Schirmersche Cigarren- und Tabakfabrik zu Giessen;
6. Die Einmündung des Ausgerinnes der Giessener Stadtbäche in die Wieseck;
7. Die Abwässer-Reinigungsanstalt der Stadt Marburg;
8. Die Kreiswasenmeisterei in Friedberg;
9. Die Heiz- und Ventilationsanlage des Opernhauses zu Frankfurt a. M., eine Kanalspülung daselbst, die Abwässer-Reinigungsanstalt in Niederrad und eine Grundwasser-Pumpstation in Stadtwalde.

II. Gerichtlich-medicinischer und pathologisch-anatomischer Theil.

Auf Wunsch der Theilnehmer wurde eine grosse Zahl frischer, von den grösseren Krankenhäusern eingesandter Präparate der verschiedensten Erkrankungsformen besprochen und demonstriert und je nach dem vorliegenden Material einige Kapitel eingehender mit Demonstration von Sammlungspräparaten und unter Berücksichtigung der den Gerichtsarzt besonders interessierenden Fragen erörtert, so die noch viel zu wenig erkannte Bedeutung der Erkrankungen der Bronchialdrüsen für die Entstehung von Veränderungen der benachbarten Organe, ferner die Leber- und Nierenerkrankungen u. s. w.

Besonders besprochen wurde die Perforationsperitonitis der Neugebornen, die Bedeutung der mikroskopischen Untersuchungen des Nabelstranges für die Bestimmung des Alters, die Untersuchung des Samens, die traumatische Entstehung der Endocarditis, der Herzfehler und der Geschwülste unter Demonstration der neuerdings gefundenen, sogenannten Krebsparasiten. Ferner wurden zahlreiche Präparate von Schädelfrakturen demonstriert und die Konservierung von Präparaten in Formol unter Demonstration der betreffenden Präparate aus der Sammlung besprochen.

An einem Nachmittag sprach Prof. Dr. Geppert über die Kohlenoxyd- und Cyankalivergiftung unter sehr lehrreichen Demonstrationen.

III. Psychiatrischer Theil.

Nach einer Uebersicht über die verschiedenen Formen von Geistesstörung wurden zuerst die bei organischen Hirnkrankheiten, speciell bei progressiver Paralyse, Tumor cerebri, Arteriosclerose, Hydrocephalie, Poren-



cephalie u. s. w., auftretenden psychischen Störungen unter Demonstration klinischer Fälle und anatomischer Präparate genauer behandelt. Im Anschluss hieran wurde die grosse Gruppe der Idiotie vom pathogenetischen Standpunkt besprochen und auf die Nothwendigkeit einer Behandlung und Unterbringung dieser Fälle nach medizinischen Grundsätzen hingewiesen.

Sodann wurde das hiermit eng zusammenhängende Kapitel der Epilepsie in diagnostischer und kriminalpsychologischer Richtung behandelt. Aus dem Gebiet der funktionellen Geisteskrankheiten wurden besonders die dem ärztlichen Praktiker weniger bekannten Krankheitsgruppen (Dementia paranoides, Katatonie u. s. w.), herausgehoben, wobei hauptsächlich die Frühsymptome hervorgehoben wurden. Dabei wurde Werth auf die analytische Behandlung der einzelnen Fälle gelegt. In der zweiten Woche wurden eine beträchtliche Anzahl von Krankheitsfällen aus dem Gebiet der funktionellen Geistesstörungen an der Hand der Krankengeschichten in vergleichender Weise nach Art einer Praktikantenstunde gemeinsam untersucht. Den Abschluss bildete ein Vortrag über praktische Psychiatrie und Anstaltsbau mit Führung durch die Klinik.

Heppenheim a. B., 23. 12. 1901. Dr. Ludwig.

Material zu § 1569 B. G.-B.

Nr. 11.

Die 2. Civilkammer des Königlichen Landgerichtes zu K. hat in ihrer Sitzung vom 1. Juli cr. den Beschluss gefasst, dass der Unterzeichnete ein eidliches Gutachten darüber erstatten solle, ob der Ingenieur C. H. seit mindestens 3 Jahren in so hohem Grade geisteskrank sei, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sei. Indem ich diesem Beschlusse in nachstehendem Gutachten nachkomme, beziehe ich mich auf meinen in psychiatrischen Gutachten ein für alle Mal geleisteten Eid.

Der § 1569 des B. G.-B. besagt: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Es wird demnach meine Aufgabe sein, die in diesem § enthaltenen Bedingungen der Reihe nach aufzuweisen.

1. Ist der Ingenieur C. H. geisteskrank?

Ja. H. ist am 20. März 1897, mithin vor 4 ½ Jahren in die hiesige Irren-Heil- und Pflege-Anstalt als Geisteskranker aufgenommen worden, wo er sich noch heute befindet. Er ist demnach geisteskrank.

2. Hat die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert? Ja, denn die Heirath hat am 21. Januar 1890 stattgefunden und H. befindet sich schon über 4 Jahre in der hiesigen Anstalt. Nach den Mittheilungen des Distrikts-Einnehmers N. in H. wo H. im November 1895 in Stellung getreten war, war er schon zu jener Zeit geisteskrank, und zwar befand er sich der Schilderung gemäss bereits damals ziemlich in demselben Zustande, und zeigte die gleichen Wahnideen, wie bei seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt. Da seine Frau sich schon 1893 von ihm getrennt hat, weil er „verrückt" sei, so hat es den Anschein, als ob seine Erkrankung noch weit länger zurückreiche, jedenfalls aber ist das Eine bewiesen, dass sie während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert hat.

3. Hat sie einen so hohen Grad erreicht, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist?

Ja. Um dieses zu beweisen werden wir näher auf das Verhalten H. einzugehen haben, wobei ich bemerke, dass sich sein Zustand in den 4½ Jahren seines hiesigen Aufenthaltes kaum verändert hat. Die nachstehende Schilderung sowie die sich daraus ergebenden Schlüsse gelten demnach ohne weiteres auch auf die damalige Zeit.

Der Grundton, der sein ganzes Verhalten bestimmt ist eine maasslose Selbstüberschätzung, die sich auf alles erstreckt, das seine Person betrifft. So wie er der schönste, ist er auch der gescheiteste und reichste Mensch der Welt, und selbst die handgreiflichsten Beweise des Gegentheiles, so dass er z. B. aus Mangel an Geld keine Cigarren zu rauchen und keine Kleider anzuziehen hat, können ihn in seiner Ueberzeugung nicht erschüttern.

In der hiesigen Anstalt ist er seiner Meinung nach die Hauptperson. Ohne ihn würde alles zu Grunde gehen, könnte kein Fest gefeiert werden, keine Veranstaltung zu Stande kommen. Er leitet den Gesangunterricht, beaufsichtigt das Pflegepersonal und berichtet über die Kranken, die es nur seiner Tüchtigkeit und seinem Eingreifen zu danken haben, wenn sie gesund werden. Der zweite Grundzug in seinem Wesen ist der Schwachsinn. Dass er Millionen besitzt, ver-



steht sich von selbst, ebenso dass er sie ausgeben oder wenigstens unnsinige Ausgaben machen würde, wenn er könnte. H. ist nicht im Stande eine Sache irgend einer Art so aufzufassen, wie sie ist, sondern nur wie er sie sich vorstellt. Er lebt demgemäss nur in Illusionen, da alles, was er sich denkt und wünscht, sofort und unmittelbar zur Wirklichkeit wird. In gleicher Weise wird er alles für wahr halten, was man ihm sagt, und es ist gradezu unglaublich, was ihm in dieser Beziehung von seinen Mitkranken aufgebunden wird.

Um dieses besondere Verhalten klar zu stellen und zugleich den Beweis zu liefern, wie unmöglich er gesellschaftlich ist, möge folgendes Vorkommniss hier seinen Platz finden.

Er hatte seines im Ganzen harmlosen Wesens halber in der hiesigen Anstalt freien Ausgang erhalten. Auf seinen Spaziergängen war ihm die Villa eines Fabrikbesitzers aufgefallen und er mochte wohl ersehen haben, dass dieser Töchter besitze. Sofort war er davon überzeugt, dass eine der Töchter, die er nie gesehen, in ihn verliebt sei. Er schrieb nicht nur Briefe des allervertrautesten Inhaltes, worin er sie als seine Braut anredete, er versuchte auch zu ihr zu dringen und ich war gezwungen, ihm seinen freien Ausgang zu entziehen, da jede Einrede an seiner felsenfesten Ueberzeugung abprallte. Seitdem schreibt er sowohl an den Fabrikbesitzer, den er als Schwiegervater anredet, als auch an seine Braut, und als diese einen anderen heirathete, übertrug er seine Ansprüche sofort auf deren jüngere Schwester, die noch zur Schule geht. Jede Erwähnung, dass er ja verheirathet sei und daher nicht nochmals heirathen könne, weist er mit unendlicher Verachtung von sich ab, und so lange er sich hier in der Anstalt befindet, ist der Name seiner Frau nie über seine Lippen gekommen. Er bleibt vielmehr dabei, dass er niemals verheirathet gewesen sei. Da er sich für unwiderstehlich hält, so unterliegt es gar keinem Zweifel, dass er ähnliche Dinge sofort wieder in Scene setzen würde, wenn er Gelegenheit dazu hätte, und ich habe dem, wie bemerkt, im Uebrigen harmlosen Kranken daher keine Freiheit der Bewegung mehr gewähren können, da er sie unbedingt missbrauchen würde. Eine Entlassung des Kranken ist aus diesem Grunde unmöglich und sein Verweilen in der Freiheit undenkbar. Dass mit diesem Verhalten eine geistige Gemeinschaft mit seiner Frau nicht vereinbar, dass sie vielmehr dadurch als aufgehoben anzusehen ist, dürfte mithin erwiesen sein.

4. Ist jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen?

Auch diese Frage muss mit Bestimmtheit bejaht werden. Sowohl Form wie Dauer der Geistesstörung schliessen eine Genesung und selbst eine Besserung aus. Der Schwachsinn bedeutet an sich einen Verlust, eine Einbusse an früher besessenen Geistesfähigkeiten, die auf einen Untergang von Gehirnelementen zurückzuführen ist. Eine Neubildung dieser Elemente findet nicht mehr statt, der Verlust ist endgültig und eines Ausgleiches nicht mehr fähig. Der Zustand des Kranken kann sich im Verlaufe der Zeit wohl verschlimmern, aber nicht bessern, und damit wäre auch diese letzte Frage entschieden.

Ich gebe daher mein eidliches Gutachten über die mir von Seiten des königlichen Landgerichtes vorgelegten Frage dahin ab, dass sie ihrem ganzen Umfange nach zu bejahen sind.

Dr. Pelman-Bonn.

Mittheilungen.

— Der Fall **„Münch"**, der im Verlauf der letzten Monate, besonders in der süddeutschen Presse, viel erörtert wurde, ist gegenwärtig zu einem Punkte gelangt, an dem sich Gelegenheit zu einem sehr interessanten Rückblick bietet. Wie aus der später folgenden Schilderung ersichtlich sein wird, stehen sich diesmal die psychiatrischen Ansichten noch Volksstämmen gegenüber — Württemberger und Preussen.*) (Hoffentlich ist die preussische Psychiatrie nicht so wenig ubiquitär als sie es von der Gemeingefährlichkeit M.'s annimmt.) — Bemerkt sei übrigens hierbei, dass auch aus Anlass des Falles v. Münch die Presse wiederum für eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens eintritt; wir heben den Aufsatz: „Ein Irrenrechtsfall" in den „Münchener Neuesten Nachrichten" vom 11. Aug. 1901 hervor, dessen Lektüre wir besonders empfehlen.

Ohne die obligatorischen Seitenhiebe auf die Psychiater geht es dabei nicht ab; so schreibt z. B. der „Vorwärts" (19. XI. 01) in einem Artikel über den Fall M.: „. . . Alle „ollen Kamellen" wurden zusammengescharrt, deren Bedeutungslosigkeit längst festgestellt war, kritiklos wurde jedes Wort in den zahlreichen Strafakten gegen Münch gegen diesen verwerthet, ein Krebsschaden unserer forensischen Psychiatrie überhaupt, der sich daraus erklärt, dass den Psychiatern die zur Scheidung des Erwiesenen vom Unerwiesenen erforderliche juristische Vorbildung regelmässig abgeht."

In der Hoffnung, dass die betheiligten Herren

*) nämlich bezüglich der Beeinflussbarkeit der Gemeingefährlichkeit des Herrn von Münch durch äussere Verhältnisse, woraus die Zeitungen in der bekannten Weise folgern, dass die „Preussen" ihn für geistesgesund halten. —



Collegen sich bald selbst in diesen Spalten über die Vorgänge äussern werden, bringen wir zunächst eine Zeitungsdarstellung, die uns am objektivsten zu sein schien, nämlich diejenige des „Hamburger Fremdenblatts" vom 13. XII. 1901:

„Frhr. v. Münch machte seit vielen Jahren den Gerichten zu schaffen. Er glaubte sich und später seinen Bruder durch seinen Vormund, den (inzwischen verstorbenen) württembergischen Cabinettschef Geh. Rath v. Griesinger benachtheiligt und verfolgte seine Sache in Beschwerden, Zeitungsannoncen, Brochuren u. s. w. Mit der württembergischen Vereinsbank processirte er, als er sich beim Verkauf von Industriepapieren durch diese in seinem Vermögen geschädigt glaubte. Auch über diesen Fall beschäftigte v. Münch das Publicum durch eine Reihe von Veröffentlichungen. Schon seit Jahren herrschte bei vielen Personen, die mit v. Münch in Berührung kamen, die Ueberzeugung, dass er geistig nicht normal, und schliesslich, dass er ein gemeingefährlicher Geisteskranker sei. Eine Reihe von ärztlichen Autoritäten hat in diesem Sinne sich ausgesprochen, andere haben es bestritten. Im Jahre 1896 sprach das Amtsgericht Horb Münch's Entmündigung wegen Geisteskrankheit aus, das Landgericht Rottweil aber hob diesen Beschluss auf, weil v. Münch zwar geisteskrank sei, aber nicht so intensiv, dass eine zweckentsprechende Besorgung seiner Angelegenheiten durch ihn ausgeschlossen oder wesentlich beeinträchtigt sei. Seit der Zeit kam Frhr. v. Münch in fortwährende Berührung mit den Strafgerichten zumeist wegen Beleidigungen, Thätlichkeiten, Widerstands gegen die Staatsgewalt u. s. w., Verurtheilungen gegen ihn ergingen aber nicht, weil die Gerichte Zweifel hatten an seiner Zurechnungsfähigkeit oder geradezu den Mangel diese Zurechnungsfähigkeiten feststellten. Als diese sonst strafrechtlich zu ahnenden Fälle sich aber mehrten, verfügte die Regierung auf dem Verwaltungswege die Einweisung Münch's in die staatliche Irrenanstalt Winnenthal zur Beobachtung, allein der Anstaltsleiter konnte sich von der Gemeingefährlichkeit des Freiherrn nicht überzeugen und so wurde dieser wiederum entlassen. Nach einiger Zeit indessen, als Herr v. Münch inzwischen wieder eine Reihe von Zusammenstössen gehabt hatte, bejahte der Anstaltsleiter, zu einem neuen Gutachten aufgefordert, die zuvor verneinte Gemeingefährlichkeit.

Auf denselben Standpunkt stellte sich das württembergische Medicinal-Collegium, worauf das Ministerium des Innern die Kreis-Regierung Reutlingen unter Entbindung von der Förmlichkeit eines weiteren Gutachtens des Horber Oberamtsarztes anwies, Herrn v. Münch als gemeingefährlich in eine Irrenanstalt „einzusprechen". Dies geschah auch, Herr v. Münch wusste sich indessen der Ausführung dieser Verfügung zu entziehen, ging ausser Landes, erwarb die deutsche Staatsangehörigkeit und erhielt von der württembergischen Regierung die Entlassung aus dem dortigen Staatsverbande unter dem Vorbehalt, dass dadurch die Frage seiner Einweisung in eine Irrenanstalt nicht präjudicirt werde. Münch's Beschwerde gegen den Beschluss der Kreisregierung wurde vom Ministerium verworfen, worauf jener als letzte Instanz den Verwaltungsgerichtshof anrief. Bei diesem machte er und seine Mutter geltend, es sei die vorerwähnte vorgeschriebene Förmlichkeit der Einholung eines oberamtsärztlichen Gutachtens versäumt worden, wovon das Ministerium nicht dispensiren könne, auch seien württembergische Verwaltungsbehörden nicht mehr zuständig, da v. Münch das preussische Staatsbürgerrecht erworben, endlich v. Münch sei überhaupt nicht geisteskrank und jedenfalls nicht gemeingefährlich. Der Verwaltungsgerichtshof entschied nach viertägiger Verhandlung, bei der v. Münch selbst unter „freiem Geleit" erschien — das indessen später wieder aufgehoben wurde, da Münch sich den bei Ertheilung des freien Geleits auferlegten Bedingungen nicht fügte, unter Anderem im Besitz eines geladenen Revolvers befunden wurde — und seine Sache führte, auf Verwerfung der Beschwerde. Der Einwurf des Erwerbs der preussischen Staatsangehörigkeit wurde schon aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen verworfen, und in Bezug auf den Mangel des oberamtsärztlichen Gutachtens entschied der Verwaltungsgerichtshof, dass die Prüfung durch den sachverständigen Psychiater und der Spruch des obersten Medicinalcollegiums das oberamtsärztliche Gutachten überflüssig gemacht haben. Endlich erkannte der Verwaltungsgerichtshof, dass das württembergische Ministerium in Würdigung des gesammten Verhaltens des Herrn v. Münch, trotz entgegenstehenden ärztlichen Gutachten, die auch jetzt noch auf Grund vorübergehender Beobachtung die Gemeingefährlichkeit in Frage stellten (Geheimräthe Flechsig und Wach in Leipzig), berechtigt gewesen sei, auf das Vorhandensein derselben zu erkennen.

Der Gerichtshof belegte das unter Anführung einer Reihe von Thatsachen aus dem Leben Münch's, Gewaltthaten, die auf eine Neigung zu gemeingefährlichen Thätlichkeiten schliessen, Handlungen, die seinen ganzen Vorstellungskreis und seine ganze Thätigkeit von der unwiderstehlichen Idee beherrscht erscheinen liessen, dass er von Behörden, Sachverständigen u. s. w. unbarmherzig, vorsätzlich und systematisch bis zur Vernichtung seiner ganzen Existenz verfolgt werde — und Das trotz seiner grossen Bildung und Intelligenz. Dass diese ihn davor nicht schütze, sei nur aus schwerer geistiger Erkrankung erklärlich. Dass in einem künftigen Zeitpunkt die Besorgniss wegen der Gemeingefährlichkeit Münch's in Wegfall kommen könne, sei allerdings nicht ausgeschlossen.

Herr v. Münch befindet sich jetzt nach Aufhebung des ihm ertheilt gewesenen freien Geleits in der Irrenanstalt Winnenthal. Durch den Spruch des Verwaltungsgerichtshofes ist die Einweisung v. Münch's in eine Anstalt rechtskräftig geworden, und zwar ist dieselbe nach dem württembergischen Statut zunächst eine vorläufige. Mindestens binnen sechs Wochen hat die Direction ein neues Gutachten zu erstatten, auf welches hin die endgültige Entscheidung erfolgt. Diese steht also zur Zeit noch aus und auf ihren Ausfall wird man umsomehr gespannt sein müssen, als Herr v. Münch inzwischen Schritte in der Richtung gethan haben soll, dass der Staat Preussen ihn reclamire."



Inzwischen ist die Angelegenheit weiter gediehen; das Berl. Tagebl. vom 27. Dezbr. meldet:

„Nun hat sich gestern (am heiligen Abend) das Schicksal des Internirten plötzlich geändert — v. Münch war nämlich vor längerer Zeit preussischer Staatsbürger geworden. Seine beiden Anwälte Konrad Haussmann und Liebknecht, gestützt auf die Gutachten der preussischen Psychiater, bewogen den Freiherrn, die preussische Staatsregierung anzurufen. Diese prüfte den Fall sehr eingehend und, wie es scheint, mit der nöthigen Objectivität und kam zu der Ueberzeugung, dass die Gemeingefährlichkeit des v. Münch aus den vorliegenden Thatsachen und gerichtsärztlichen Gutachten durchaus noch nicht erwiesen sei. Infolge dessen reclamirte die preussische Staatsregierung ihren Unterthan Freiherrn Oskar v. Münch mit dem Ersuchen an die württembergische Regierung, denselben dem Polizeipräsidium in Frankfurt a. M. zur Verfügung zu stellen. Zugleich erklärte Preussen, den Freiherrn nach seiner Uebergabe in Frankfurt a. M. zunächst auf freien Fuss zu setzen, da nach der Ansicht der königlich preussischen Regierung die Handlungen, wegen deren der Freiherr v. Münch in Württemberg für gemeingefährlich geisteskrank erklärt worden ist, im Wesentlichen mit den Verhältnissen, in denen er bisher lebte, zusammenhängen. Es könne nicht ohne Weiteres angenommen werden, er werde auch in Preussen unter veränderten Verhältnissen Handlungen vornehmen, die seine Unterbringung in eine öffentliche Irrenanstalt im Interesse der öffentlichen Sicherheit nothwendig machen.

Vor seiner nunmehr erfolgten Ablieferung nach Preussen ist dem Freiherrn v. Münch eröffnet und der königlich preussischen Regierung mitgetheilt worden, dass die Verfügung, durch welche v. Münch als gemeingefährlicher Geisteskranker in eine württembergische Staatsirrenanstalt vorläufig ausgesprochen ist, insolange bestehen bleibe, bis sie ausdrücklich ausser Kraft gesetzt werde. Bis dahin könne v. Münch ohne zuvor eingeholte specielle Erlaubniss nicht nach Württemberg zurückkehren, wenn er nicht gewärtig sein wolle, wieder internirt zu werden. Ob und wie v. Münch unter Suspendirung des Vollzugs der Internirung nach Württemberg zurückkehren könne — darüber behalte sich Württemberg völlig freie Entschliessung vor."

Freiherr von Münch hat übrigens vor kurzem in der „Schwäbischen Tagwacht" (Stuttgart) eine 19 Spalten lange Darstellung seiner Lage gegeben.

— Staats- oder Provinzial-Trinkeranstalten?

In den vom Berliner psychiatrischen Verein am 14. December berathenen und angenommenen Thesen über öffentliche Trinkeranstalten (cf. No. 40 der Psychiatr. Wochenschr.) wird gefordert, dass die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise geordnet werde, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen etc. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen ist.

Näher betrachtet liegt aber bei der Trinkerfürsorge die Sache ganz anders: der Staat, der aus Produktion und Consum des Genussmittels Alkohol ungezählte Summen von Steuern einnimmt, muss auch die Kosten dieses Consums tragen, er in erster Linie muss das moralische und leibliche Elend bekämpfen helfen, welches der Alkoholgebrauch unvermeidlich nach sich führt. Wer ist mehr in der Lage, dem Alkoholmissbrauch zu begegnen (durch Polizeiverordnungen, Einführung von Belehrungen über den Alkohol in der Schule etc.), als der Staat? Wer anders erspart Ausgaben, wenn die Zahl der Verurtheilungen und Strafvollzüge geringer wird, als der Staat? Die Provinzen aber, als Träger der zukünftigen Trinkerfürsorge, würden machtlos zusehen müssen, wie sich ihre Anstalten immer mehr füllen, wie immer neue gebaut werden müssen, ohne dass ihrer direkten Einwirkung die Quelle des Elends irgendwie zugänglich wäre. Nur dann könnten die Provinzen obige Aufgabe gerechter Weise übernehmen, wenn ihnen die Errichtungs- und Unterhaltungskosten der Anstalten vom Staate vollauf ersetzt würden.

Aber noch in einem anderen Punkte lässt sich die Trinkerfürsorge nicht mit dem Inhalt des obigen Gesetzes vom 11. Juli 1891 vergleichen; ja der Vergleich erscheint sogar etwas unpolitisch. Für manche Trinker wird die Existenz von öffentlichen, officiellen Specialanstalten etwas Beruhigendes haben; mit dem Bewusstsein, dass nun endlich auch für den braven Trinker etwas gethan wird, wird sich eine noch grössere Toleranz gegen den Alkohol einschleichen — auch in der Volksmeinung. Mit anderen Worten, wir brauchen zunächst ein Trunksuchtsgesetz mit prohibitiver Tendenz gegen den Alkoholismus überhaupt, und dann Trinkeranstalten. Es ist leichter, Krankheiten zu verhüten, als zu heilen!

— Aus England.

Neben der öffentlichen Fürsorge der Epileptiker von Manchester und Charlton ist durch private Wohlthätigkeit die Gründung einer Epileptikercolonie für 200 Kranke gesichert, indem bereits Land in Sandlebridge bei Alderley für diesen Zweck angekauft ist; auch ist eine spätere Erweiterung vorgesehen. Die Geschlechter werden getrennt untergebracht, es sollen Spielplätze und eine Schule für Kinder, Werkstätten, Waschanstalt etc. errichtet werden. Einige Patienten sollen unentgeldlich aufgenommen werden, die übrigen nach ihren Mitteln bezahlen. Ein reicher Privatmann hat 500 Acker angekauft und 120 000 £ für die Gebäude und die Einrichtung gestiftet. Doch reicht dies noch nicht, und es muss durch öffentliche Mittel ein Zuschuss von 2000 £ aufgebracht werden, wozu noch jährliche Beiträge treten müssen. Hoppe.

— Nach dem letzten Bericht der Commissioners in lunacy of England (Lancet, 31. August 1901) betrug die Zahl der Geisteskranken in England und Wales am 1. Januar 1901 107 944, 1333 mehr als am 1. Januar 1900, während in den Vorjahren die Vermehrung 1525 (1899) und 3134 (1898) betragen hatte. Danach würde die Vermehrung seit 1898 von Jahr zu Jahr geringer geworden sein. Aber die tägliche Durchschnittszahl der Kranken ergiebt eine regelmässige Zunahme. In den Jahren 1890—1900 betrug die Zahl der Geisteskranken in den Irrenanstalten (mit Ausnahme der Geisteskranken in den Armenhäusern und in Familienpflege) 75 200, 77 845,



80408, 82666, 83954. In den Idiotenanstalten ist die Zahl der Kranken ziemlich unverändert geblieben, sodass die Zunahme lediglich die reinen Irrenanstalten betrifft. Die Zahl der Aufnahmen betrug 1896—1900 der Reihe nach 18632, 18848, 19314, 19289, 19837, die Zahl der ersten Aufnahmen seit 1897 der Reihe nach 15514, 15752, 16192. Danach ist die dauernde Zunahme ersichtlich und grösser als die Zunahme der Bevölkerung. Die Procentzahl der Genesungen hat seit 1896 dauernd abgenommen, sie betrug in diesen Jahren der Reihe nach 9,78%, 9,53%, 9,06 %, 9,37%, 9,27 %, während die Procentzahl der Sterbefälle dauernd zugenommen hat, sie betrug in denselben Jahren 9,05 %, 9,43 % 9,45 %, 9,87 %, 10,14 %. Der Bericht bezieht diese Erscheinung auf die grosse Häufung der chronischen und unheilbaren Fälle, besonders der senilen (Ende 1899 betrug die Procentzahl der über 65 Jahre alten Kranken 12,18 %). Unter alten Aufnahmen in den Jahren 1895—99 waren 7,3% Paralytiker und 7,7% Epileptiker. Unter den Todesfällen, deren Zahl 1899 auf 8653 gestiegen war, waren 1344 (1031 Männer 313 Weiber) auf Paralyse, 433 auf Epilepsie, 1185 auf Lungentuberculose, 685 auf Pneumonie, 773 auf Herzkrankheiten, 752 auf senilen Verfall, 179 auf Darmkatarrh zu beziehen.

Der Bericht betont die Nothwendigkeit einer besseren Sonderung der Kranken und besonderer Institute für die chronischen und unheilbaren Kranken (? Ref.). Die gewöhnlichen Irrenanstalten, die vorzugsweise als Hospitäler für die Behandlung der heilbaren Geisteskrankheiten eingerichtet seien, seien in Bezug auf Bau und Ausstattung zu kostspielig, während für die chronischen Fälle billigere Anstalten genügten. Die Commission hat ein Cirkular an alle in Betracht kommenden Behörden gerichtet, wonach der Staatssekretär aufgefordert worden ist, allen Anstaltsplänen, in welchen von diesem Grundsatze abgewichen ist, seine Zustimmung zu versagen. Hoppe.

— Wie der Lancet vom 13. Juli berichtet, hat das Manchester Iocist Asylum Committee dem Governement Board den Vorschlag unterbreitet, dass zur Errichtung einer Anstalt für Epileptiker und Imbecille ein Terrain von 165 acres bei Blackborn angekauft werden soll, welches nach langem Suchen endlich als geeignet gefunden worden ist. Die Anstalt soll für 500 Plätze eingerichtet und die Epileptiker und die Idioten in besonderen Abtheilungen der Anstalt untergebracht werden. Die Manchester City News kritisiren dieses Projekt als zu kostspielig, die in Frage kommenden Kranken seien auch bereits in Armenhäusern (sic!) und in Anstalten untergebracht. Hoppe.

— Wie gefährlich der Beruf des Irrenarztes ist, beweist wiederum folgender Vorfall, über den das American Journal of Insanity (April 1901) berichtet: Der Assistenzarzt an der Staats-Irrenanstalt Daunville in Pensylvanien, Ralph Erskine Johnston, wurde am 3. April d. J. durch einen Geisteskranken im Alter von 34 Jahren getötet. Der Kranke, welcher bereits 3 Jahre in der Anstalt war, litt an Verfolgungsideen, querulirte, denuncirte, drohte, war sehr reizbar und heftig. Wegen seines drohenden Wesens wurde er häufig untersucht, zuletzt am Tage vor dem Attentat, wo alle Kleider auf das sorgfältigste durchforscht wurden. Am Tage des Attentats wurde er, weil er sich krank fühlte, zu Bett gelegt. Obgleich der Kranke gegen ärztliche Behandlung protestirte, setzte sich Dr. Johnston bei der Abendvisite an sein Bett und sucht, ihm den Puls zu fühlen. Um den Widerstand des Kranken zu überwinden, sollte der Wärter, welcher den Arzt begleitete, die Hand des Kranken halten. Aber bevor dies ausgeführt werden konnte, hatte der Kranke dem Arzt mit einem scharfen Instrument einen Stich in die beiden Kinnbacken versetzt. Bei dem Versuch, den Kranken zu bändigen, erhielt Dr. Johnston in rascher Aufeinanderfolge 3 weitere Stiche, einen in die rechte Schulter, einen in die linke Unterbauchgegend und einen dritten vom 1 ½ Zoll unterhalb der Clavicula. Dieser letztere Stich, welcher ca. ¼ Zoll lang war, hatte das Sternum, das Pericard und den Arcus aortae durchbohrt. Dr. Johnston, welcher danach noch in den Vorraum gelaufen war, um Hilfe herbeizurufen, verstarb nach 20 Minuten. Die Waffe, mit der das Attentat ausgeübt worden ist, scheint die schmale Klinge eines Taschenmessers gewesen zu sein, welches in einem ausserhalb des Krankenraumes stehenden Sopha versteckt gefunden wurde. Der Kranke gab zur Erklärung seiner That an, dass der Arzt ihn habe töten wollen.

Hoppe.

Referate.

— Die periodischen Geistesstörungen. Eine klinische Studie von Dr. Alexander Pilcz, Assistent d. I. psychiatr. Univ.-Klinik (v. Wagner) in Wien. — Jena, G. Fischer. 1901. (VI, 210 S.)

Es giebt Geistesstörungen verschiedensten Charakters, die sich im Leben eines Individuums ein- oder mehrmal wiederholen, es giebt welche unter ihnen, die in mehr oder minder regelmässigen Zeitabschnitten wiederkehren, aber ein „periodisches Irresein" als Krankheitsform sui generis, als welche es in vielen Lehrbüchern und Jahresberichten hingestellt wird, giebt es nicht. Hat man nicht schon vorher dieser Auffassung gehuldigt, so gelangt man zu derselben umso sichrer, je aufmerksamer man das mit ebenso viel Fleiss, wie Sachkenntniss geschriebene Buch P.'s gelesen hat Vf. selbst, welcher der Kraepelin'schen Lehre vom manisch-depressiven Irresein die theoretische Berechtigung zuerkennt, bedient sich wohl wiederholt des Ausdruckes „periodisches Irresein", spricht aber dort, wo er seinen Standpunkt genau präzisirt, bloss von „period. Psychosen." Von solchen kann immerhin die Rede sein, wie man ja auch von fieberhaften Erkrankungen, als von einer Gruppe solcher Erkrankungen reden kann, denen ein hervorstechendes Symptom gemeinsam ist, die aber im Uebrigen von einander ganz verschieden sind. Von diesem Gesichtspunkte aus ist die uns vorliegende Monographie als eine sehr dankenswerthe Leistung zu nehmen, deren Werth um so höher anzuschlagen ist, als das in Rede stehende Thema theils auf Grund feiner kritischer Bearbeitung der Litteratur, theils auf Grund zahlreicher eigener und sorgfältiger Be-



obachtungen und Untersuchungen erschöpfend und vorzüglich behandelt ist.

Das erste Kapitel bietet einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Lehre vom „per. Irresein". Das zweite Kapitel handelt von der Aetiologie der per. Psychosen überhaupt. Vf. misst der Heredität den Hauptantheil an dem Zustandekommen per. Psychosen bei und erwähnt v. Wagners interessante Beobachtung, wonach in Familien, in welchen per. Psychosen vorkommen, die eigenartige Disposition sich auch im Verlaufe solcher Geistesstörungen kenntlich mache, welche an sich nichts mit dem per. Irresein zu thun haben, derart, dass z. B. eine unzweifelhafte Hebephrenie ein ganz regelmässiges Alterniren in ihren Symptomen zeigt. Doch legt er auch Schädeltraumen und Gehirnnarben eine ätiologische Bedeutung bei und sollen sich diese durch einen erworbenen pathologischen Prozess bedingten Formen von den rein hereditär-degenerativen in mehrfacher Hinsicht unterscheiden; hingegen komme der Alkohol als ätiologisches Moment gar nicht in Betracht. Die Bemerkung, dass unter den periodisch Geisteskranken ein auffallend hoher Prozentsatz von Juden angetroffen wird, bedarf insoferne einer Ergänzung, als die beobachtete Erscheinung nur eine Folge jener bereits wiederholt constatirten Thatsache ist, dass die Juden an den Geisteskrankheiten überhaupt sehr stark partizipiren; (in den vier ungarischen Staatsanstalten z. B. ist der Prozentsatz der Juden dreimal grösser, als er sich aus der Verhältnisszahl dieser Confession zur übrigen Bevölkerung ergeben würde). — Die folgenden Kapitel bringen eine ausführliche klinische Darstellung all' jener Formen von Geistesstörung, in deren Auftreten sich Periodizität wahrnehmen lässt. Wir begegnen hier, nebst den schon bekannten, einer neuen Form, der „per. Amentia", worunter Vf. eine seltene Psychose versteht, die in ihren periodisch wiederkehrenden einzelnen Anfällen die Züge der Meynertschen Amentia trägt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Aufstellung dieser neuen Form zumindest mit so viel Recht geschah, wie die Aufstellung der „per. Paranoia" durch Ziehen; aber es will uns scheinen, dass die stets grösser werdende Zahl der als periodisch erkannten Psychosen mit ein Beweis dafür ist, dass die Periodizität allein kein Merkmal zur Absonderung einer eigenen in sich abgeschlossenen Gruppe von Geisteskrankheiten abgeben kann. Giebt es doch kaum mehr einige Formen von Geisteskrankheit, von denen wir nicht schon wüssten, dass sie auch periodisch aufzutreten pflegen. Und merkwürdiger Weise wird gerade die Epilepsie, bei der die Periodizität doch ganz gewiss ein Grundzug des Leidens ist, der Gruppe per. Geistesstörungen nicht subsumirt. Vf. hebt übrigens wiederholt die Verwandschaft der per. Psychosen, insbesondere der von ihm sobenannten „per. Monomanieen" mit dem epilept. Irresein hervor und betont die Unmöglichkeit, „klinisch die periodisch-deliranten Verworrenheitszustände von den Anfällen psychischer Epilepsie auseinanderzuhalten". Vf. meint, dass diese Unmöglichkeit daher rührt, dass es sich um identische Erkrankungen handelt, ebenso, wie wir es in vielen Fällen des sog. menstr. Irreseins mit nichts anderem, als mit Epilepsie zu thun haben. Man ersieht es schon aus den von Vf. selbst gegebenen treffenden Schilderungen. Die Schilderung der einzelnen Krankheitsformen ist überhaupt eine sehr gute und theils durch aus der Literatur gebrachte Fälle, theils durch 31, aus eigener Beobachtung stammende, mit Sphygmogrammen und Gewichtstabellen ergänzte, ausführliche Krankheitsgeschichten illustrirt. Auch in dem mit derselben Genauigkeit behandelten Kapitel über die somatischen Symptome finden sich viele interessante Details, insbesondere beachtenswerth erscheinen die Mittheilungen über Harnbefunde. Nicht minder anregend sind die Erörterungen über „Körperliche Krankheiten bei per. Irresein" und über die „Kombination von per. Irresein mit anderen Psychosen und Neurosen". Es würde zu weit führen, Einzelnes aus denselben herauszuheben. Nur eine Bemerkung des Vf. wollen wir erwähnen; er meint, dass per. Irresein und progr. Paralyse einander gewissermaassen ausschliessen. Das letzte Kapitel ist ganz kurz, denn es ist der pathologischen Anatomie gewidmet, die „erst zu schaffen" ist. Vf. meint diesbezüglich, dass unsere Untersuchungen besonders ihr Augenmerk richten müssen „auf Momente, sagen wir teratologischer und nicht lediglich pathologischer Art, auf Momente, welche uns auf eine ab origine fehlerhafte Anlage des Centralnervensystems hinweisen könnten, gewissermaassen Degenerationszeichen im Gehirn bilden". Eine Forderung, die gewiss nicht nur für die periodischen, sondern für die Psychosen im allgemeinen gilt, aber, vorläufig wenigstens, leichter gestellt, als erfüllt wird. Ein 724 Nummern umfassendes Litteraturverzeichniss beschliesst die sehr gediegene Arbeit. Epstein (Budapest).

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Psychiatr. en neurol. Bladen, 1901, No. 4:

Noordijk: De Fechnersche interpretatie van de wet van Weber.

Meijers: Chorea Minor.

Reeling Brouwer: Tabellen ten dienste der behandeling van Epilepsie, alsook van Hysterie en verschillende Psychosen.

Schermers: Over Katatonie.

Wertheim Salomonson: Het Beven in verband met Levensverzekering.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc an die Redaktion wird gebeten.)

Ueckermünde. Der bisherige Assistenzarzt Dr. Luther ist an die Prov.-Irrenanstalt in Neustadt (Holstein) übergegangen; an seine Stelle ist Herr Dr. Pauselius aus Braunschweig getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 42. 11. Januar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Christian Friedrich Wilhelm Roller.

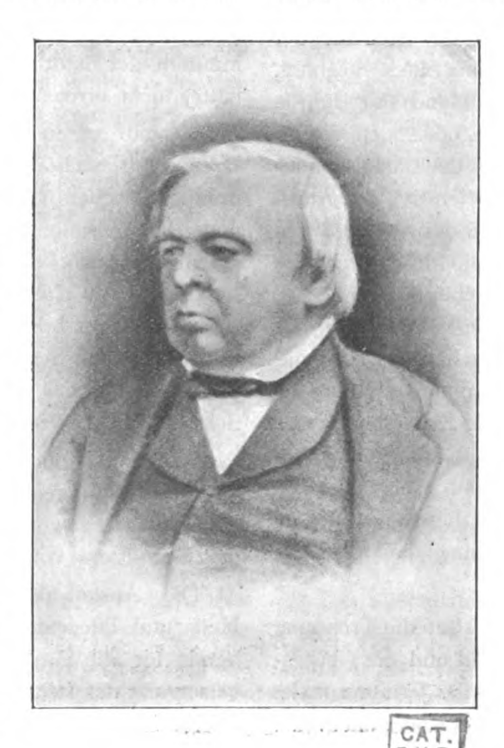
Zum Gedächtniss seines hundertsten Geburtstags.

Von Oberarzt Dr. *Max Fischer*-Illenau.

Es ist eine Ehrenpflicht für die Lebenden, die Gedenktage ihrer grossen Toten in Treue zu bewahren.

Zu den Grossen im Reiche der Psychiatrie gehört unanfechtbar Chr. Fr. W. Roller, dessen hundertste Geburtstagswiederkehr bevorsteht.

Er war einer jener Männer, deren Thätigkeit in einer Epoche einsetzte, da unsre Wissenschaft noch unentwickelt war und die practische Fürsorge für die Irren sehr im Argen lag. Sein Leben erstreckte sich aber auch noch in jene andre, spätere Zeit, wo die Psychiatrie als Wissenschaft durch die Arbeit ihrer begeisterten Jünger so gefördert war, dass sie auf die Bedeutung der anderen ärztlichen Disciplinen sich erhob; wo sogar unser Fach nach einer verhältnissmässig kurzen, aber siegreichen Entwicklungsperiode sich über sein eigentliches Gebiet hinaus Geltung verschafft hatte; wo schliesslich auch die practische Irrenfürsorge in ihrer Wichtigkeit für die Kranken sowohl wie für die menschliche Gesellschaft überhaupt allgemein anerkannt wurde und zu ihren Diensten hochbedeutsame Institutionen ins Leben gerufen worden waren.



Roller hat also die glänzendste Periode der Irrenfürsorge, ihre Loslösung aus Jahrhunderte altem Banne und die freie Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft mitgemacht.

Doch nicht als ruhiger Zuschauer oder als ein bescheidener, stiller Mitarbeiter an dem Werke stellt er sich uns dar. Nein, sein Leben ist gerade gekennzeichnet durch ein unablässiges Kämpfen, ein unermüdliches, energisches Wir-

ken in allen Fragen des Irrenwesens, welche theils die Zeit mit sich brachte, welche theils er selbst aus seinem schöpferischen Geiste sich stellte. Seinem umfassenden Blick entgingen auch nicht die Beziehungen des socialen und Rechtslebens zu der sich entwickelnden Psychiatrie und so können und müssen wir, die wir in mancher Hinsicht auf ein Erreichtes, wenn auch noch nicht Vollkommenes hinsehen dürfen, sagen: es giebt kein Gebiet der Irrenfürsorge, auf welchem wir Roller nicht eine fördernde Anregung oder direct eine grundlegende That verdanken. Er hat also nicht nur in dieser Entwicklungszeit gelebt, sondern er hat sie an allen Punkten miterstritten und die jetzigen Errungenschaften selbst kraftvoll mit herbeigeführt.

Bei solchen Verdiensten mag ein Eingehen auf das Leben des grossen und anerkannten Meisters der Psychiatrie an dem bevorstehenden Gedenktage wohl gerechtfertigt erscheinen.

Christian Friedrich Wilhelm Roller ist geboren am 11. Jan. 1802 in Pforzheim als Sohn des Irren- und Siechenhausphysikus Dr. Johann Christian Roller, welcher als der erste Irrenarzt in Baden von 1804 bis zu seinem Tode im Jahre 1814 an dem damaligen Irren- und Siechenhaus in Pforzheim wirkte. Sein Sohn war somit schon durch Geburt zum Psychiater quasi prädestinirt. Nach im Jahre 1822 mit „vorzüglich" bestandenem Staatsexamen wirkte er zunächst als Arzt in Pforzheim, begab sich aber dann im Auftrage der Regierung auf eine Ausbildungsreise, welche ihn nacheinander nach Paris, Belgien, Holland, dann nach Siegburg, Hamburg, Lübeck, Berlin, Bayreuth und Prag führte. Im Jahre 1826 kehrte er reich an Erfahrungen zurück.

Ueberall hatte er Beziehungen zu den damals lebenden Psychiatern angeknüpft und Belehrung und Anregung von ihnen entgegengenommen. So lernte er in Berlin Heim und Horn kennen; sehr sympathisch war ihm der Verkehr mit Langermann-Bayreuth. In erster Linie aber stehen die Einwirkungen, die er in der Anstalt Siegburg bei Jacobi, der schon der Freund seines Vaters gewesen war und nun der seine wurde, im reichsten Maasse empfing. Die Erfahrungen und Grundsätze dieses human denkenden und handelnden Irrenarztes in der Behandlung der Geisteskranken waren Rollers Geiste conform und fanden in seinem ferneren Wirken ihre Ausgestaltung und Vervollkommnung.

Als dann in Pforzheim im Jahre 1826 die Trennung zwischen Siechen und Irren stattfand und die Geisteskranken in ein adaptirtes Gebäude, das Jesuitenconvict in Heidelberg, übergeführt wurden, trat Roller am 4. Jan. 1827 als Assistenzarzt des Nachfolgers seines Vaters, des philosophisch gebildeten Directors Groos ein.

Da begann rasch ein thätiges Leben. Dem scharfblickenden und willenskräftigen jungen Manne, der an den auf seinen Reisen gewonnenen Eindrücken seine eigenen Anschauungen gefestigt hatte und den ein warm für seine unglücklichen Kranken fühlendes Herz antrieb, blieben die vielfachen Schäden des bestehenden Betriebs nicht verborgen und von der Stunde seines Eintritts an nahm er den Kampf dagegen auf. Ordnung und Menschlichkeit kehrten in das nach Raum, innerer Einrichtung und allen andern Anstaltsbedürfnissen ungenügende Haus ein. Schon damals drang er auf jedmögliche Erleichterung des Looses seiner Kranken, auf menschenwürdige, liebevolle Behandlung, auf bessere Pflege und Verköstigung. Zwölf Jahre vor der epochemachenden That Conollys, der Aufhebung des Restraint, zu einer Zeit als in England, dem Lande jener Entdeckung selbst noch der stärkste Zwang an den Kranken ausgeübt wurde und die Missstände einer nun fernen Zeit in den Irrenanstalten mit Ausnahme nur einiger weniger herrschten, räumte Roller mit den Zwangsmassregeln als Selbstzweck auf und führte humane, ärztliche Gesichtspunkte in die ganze Behandlung als die allein maassgebenden ein. So regte sich früh sein organisatorisches Talent.

Nicht lange konnte aber dem weitblickenden Geiste verborgen bleiben, dass mit den bestehenden Einrichtungen, mit der eingezwängten Lage der Anstalt inmitten der Stadt sich die Ziele, die er sich gesteckt hatte, nicht erreichen lassen konnten.

So gab er in seiner berühmten Schrift: „Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen" 1831 und in einem zweiten Aufsatze: „Grundsätze für Errichtung neuer Irrenanstalten" 1838 seinen durch die Erfahrung gereiften Ansichten Ausdruck. Es gelang ihm dieselben bei der einsichtsvollen Regierung des Landes zur Geltung zu bringen und nun ging er in deren Auftrag an die Schöpfung seines Lebenswerkes, an die Erstellung der nach seiner Idee in Bau, Einrichtung und Betrieb geplanten Anstalt Illenau.

Am 31. October 1833 war der Platz bei Achern für die Anstalt gefunden worden, 1837 wurde mit den Arbeiten begonnen und am 6. Juni 1839 konnte der Grundstein von Illenau gelegt werden.

Die Anstalt ist der Typus der verbundenen Heil- und Pflegeanstalt geworden und ist von vornherein für alle Forderungen der practischen Anstaltsversorgung der Irren eingerichtet gewesen. Sie bietet infolge ihrer Anlage in früher 18, jetzt 27 verschie-



denen Unterabtheilungen im weitest gehenden Maasse die Möglichkeit, die Kranken je nach ihrem Zustande, ihrer socialen Stellung und ihrem äusseren Verhalten auseinanderzuhalten. Infolge seiner vollendeten Anlage ist Illenau das Muster für viele folgende neue Anstaltsbauten gewesen.

Und auch heute noch, nach 60 Jahren des Betriebs, hat sich sein baulicher Plan nicht überlebt, sondern Illenau hat, wie es alle die Zeit her unter oft schwierigen Verhältnissen den Aufgaben einer Landesanstalt gerecht wurde, alle Anwartschaft, auch für die Zukunft als Heilanstalt für den grössten Theil des Landes mit vollem Erfolge zu bestehen. Nur wenig Neuerungen waren bis jetzt erforderlich. Die hauptsächlichsten Reformen sind erst für die nächste Zeit geplant und die meisten lassen sich innerhalb des bestehenden Grundplans oder in natürlicher Angliederung an diesen vollziehen, der beste Beweis für die durchaus brauchbare erste Anlage auch den neuesten Anforderungen der Anstaltstechnik gegenüber. In Aussicht genommen sind nun: ein neuer Küchen- und Waschküchenbau, neue grosse gegen die seitherigen verbesserte Wachabtheilungen und Landhäuser für ruhige und reconvalescente Kranke. Grosse neue Pavillons für Unruhige mit Wachsälen sind in den letzten Jahren hergestellt und im October 1901 in Betrieb genommen worden.

Man hat es Roller zum Vorwurf machen wollen, dass er es gegen die Facultät, die zu Lehrzwecken die neue Anstalt in Heidelberg selbst haben wollte, durchgesetzt hatte, dass Illenau fern davon, in ländlicher Gegend errichtet wurde. Ich glaube, man thut daran Unrecht. Für die damalige Zeit und den damaligen Stand des Irrenwesens, wo es eine richtige Landesirrenversorgung überhaupt noch nicht gab, wo eine solche erst neu zu schaffen war, musste es die erste und wichtigste Aufgabe der Irrenfürsorge sein, eine für alle Bedürfnisse ausreichende Institution zu begründen und diese konnte nur in der Errichtung einer grösseren Landesirrenanstalt, die für alle Bedürftigen, für alle Theile des Landes gleich zugängig, also nicht an einem Ende des Landes gelegen und nicht durch andre Zwecke in Anspruch genommen war, gefunden werden. Eine solche Aufgabe konnte also damals nur durch Illenau in seiner jetzigen Lage und Gestalt gelöst werden. Jede andre Lösung wäre für jene Zeit ein Cardinalfehler gewesen.

Die Entwicklung der Kliniken ist dadurch, wenigstens in unserem Lande, nicht aufgehalten worden; denn die Irrenkliniken in Heidelberg und Freiburg gehören zu den ersten in Deutschland errichteten.

R. hat seine Einsprache gegen die psychiatrischen Kliniken nie ganz fallen lassen. Es blieb seinem Schüler und Mitarbeiter Schüle vorbehalten, in dieser Frage seinem Lehrer entgegen, der eigenen Ueberzeugung, die er als eine Forderung der Zeit erkannte, wenn er auch R.'s Bedenken würdigte, Ausdruck und ausführende Hand zu leihen. Es bedeutete für den aus ganzer Seele seinem väterlichen Freund ergebenen jungen Collegen eine schwere Zeit. Schüle ist denn auch (im Verein mit Kussmaul) die zur That gewordene Anerkennung des Princips von der zeitgemässen Nothwendigkeit der Irrenkliniken zu danken. Er war es auch, der die Pläne und ersten Einrichtungen der Heidelberger Klinik — damals ein noch nirgends bestehender Bautypus — entwarf; nach diesem Vorbild ist später die Irrenklinik in Freiburg und eine Reihe anderer errichtet worden.

Uebrigens handelte es sich bei Roller keineswegs um eine Verkennung der Wichtigkeit der Psychiatrie für den Arzt, um einen Widerstand gegen die psychiatrische Fachausbildung. Im Gegentheil, Niemand war mehr davon durchdrungen, Niemand mehr bestrebt, die Psychiatrie zum Allgemeingut der Aerzte zu machen wie er. Hatte er doch bald nach der Gründung Illenaus durch die Einrichtung von Cursen und Studienaufenthalt die Gelegenheit geschaffen, dass Aerzte dort in aller Gründlichkeit in die Psychiatrie sich einarbeiten konnten. Er aber hielt den Weg, den die Kliniken für sich, getrennt von den Anstalten einschlugen, nicht für den richtigen und war der Ansicht, dass der junge Mediciner während der vielbeladenen semestralen Thätigkeit zu einem ruhigen Erfassen und Verarbeiten der Psychiatrie nicht mehr genügend fähig sei; eine Ansicht, der man ein gesundes Raisonnement nicht wird absprechen können. Er hielt einen Aufenthalt an einer Irrenanstalt nach vollendetem Examen für besser. Jedenfalls sei auch nach vorhergegangenem theoretischen Unterricht am Klinikum der Universität ein weiterer practischer Curs an der Anstalt nöthig.

Die weitere Entwicklung hat Rollers Standpunkt überholt, wenn auch wir uns mit ihm noch überzeugt halten, dass eine erfolgreiche Ausbildung in der Psychiatrie nicht durch ein oder zwei Semester Universitätsstudium, sondern nur durch mindestens einjährige, besser mehrjährige Thätigkeit an einer Irrenanstalt oder Irrenklinik erreicht werden kann.

Das aber glauben wir versichern zu können, dass Roller selbst, wenn er jetzt die Entwicklung der Kliniken und die wissenschaftlichen Erfolge derselben übersehen könnte, er nach allem, wie er für seinen Beruf und gerade für die allgemeine Ausbildung der



Aerzte in demselben schwärmte, diese Entwicklung nur mit Freude und Anerkennung bedenken würde.

Erst jüngst hat Ludwig, der grosse Organisator im hessischen Irrenwesen, einen Gedanken wieder ausgesprochen, den Roller zuerst vertreten hatte, dass nämlich die Klinik, wenn sie richtig wirken wolle, bei ihrer eigenen geringen räumlichen Ausdehnung der Ergänzung durch eine in der Nähe gelegene grosse Irrenanstalt aus verschiedenen Gründen durchaus bedürfe, einem Satze dem wir vollkommen beistimmen. In Baden ist, wenn noch eine der neu zu erstellenden beiden Anstalten, wie geplant, in die Nähe von Heidelberg kommt, dieses Desiderat Rollers und Ludwigs erreicht, da, wie bekannt, die Freiburger Klinik die grosse Anstalt bei Emmendingen bereits in erreichbarer Nähe besitzt.

So gleichen sich auch auf diesem Gebiete alte Gegensätze durch die Macht der Verhältnisse harmonisch im Laufe der Zeit aus.

Wir kommen nach dieser Abschweifung auf die Heidelberger Zeit in Rollers Leben zurück. Von Anfang seines Aufenthalts an hatte er Beziehungen zur Universität und zwar zu allen Fakultäten angeknüpft und regen geistigen und gesellig freundschaftlichen Verkehr mit diesen Kreisen unterhalten. Daraus erwuchs ihm denn auch eine Reihe von Freunden fürs Leben, so neben seinen Lehrern oder Bekannten wie Tiedemann, Nägele, Chelius, den Theologen Abegg, Umbreit, Rothe besonders der engere Kreis seiner intimen Freunde: der Anatom Ecker, der Chirurg Breidenbach, der Theologe Ullmann, die Juristen Mittermaier und Zöpfl; ferner der Anatom Bischoff, der Physiker Jolly, der Kliniker Heermann, der Zoologe Leuckart und Bronn.

Einen wahren Reichthum an geistiger Anregung und Erweiterung des Wissens, an Universalität seines Gesichtskreises verdankte Roller diesem Umgange, wie nicht minder die Freunde ihm; und die späteren staunenswerthen, so umfassenden und vielseitigen Bestrebungen und Planungen R's. reichen in ihrem Ursprunge vielfach auf diesen geistigen Verkehr und die hier geweckten und genährten Anschauungen und Intentionen zurück.

Mit seinen Fachgenossen hatte er in Heidelberg eine naturwissenschaftliche Gesellschaft gegründet. Ebenso gab er die Initiative zum Anschluss der Psychiater an die Naturforscherversammlungen.

Die Universität ernannte ihn in Anerkennung seiner Leistungen zum Doctor honoris causa.

Unterdessen war Director Groos in den Ruhestand getreten und Roller am 31. December 1835, noch nicht 34 Jahre alt, zu seinem Nachfolger bestellt worden. Unermüdliche Mitarbeiter für die Zeit seines Lebens gewann er in diesen Jahren an den Aerzten Hergt (Diensteintritt 1835) und Franz Fischer dem Aeltern (Diensteintritt 1842).

In die erste Zeit seiner ärztlichen Leitung fällt erstens die Ausarbeitung der Pläne und Einrichtungen Illenaus und zweitens die ebenso wichtige organisatorische Vorarbeit im Innern der Anstalt nach sämmtlichen Beziehungen der Krankenfürsorge, so der ärztlichen Behandlungsgrundsätze und vor allem der Ausbildung eines tüchtigen Wartpersonals in allen seinen Dienstzweigen. Alle diese Aufgaben wurden vor dem Bezuge der neuen Anstalt erfüllt in der wohldurchdachten Absicht, dass bis zum Umzug in neue bauliche Verhältnisse und in Erwartung der vielfach damit verbundenen Schwierigkeiten und Neuerungen wenigstens die Hauptsache, der Geist der in dem Ganzen wirksam sein sollte, bereits dem mitarbeitenden Personale in seiner Gesammtheit eingepflanzt und in ihm gefestigt, lebendig sein musste.

Am 23. September 1842 konnte die fertig gestellte Anstalt Illenau eröffnet und bezogen werden; es wurden aus Heidelberg, das damit als Irrenstation aufgehoben wurde, und aus der alten Pforzheimer Anstalt zusammen 291 Pfleglinge übernommen. Am 16. Oktober 1842 zog Roller selbst in Illenau ein.

Nun begannen für ihn arbeitsreiche Jahre, bis die neue Anstalt auch in eine gedeihliche Wirksamkeit gesetzt war. Unsterbliche Verdienste hat sich Roller hier, auf seinem eigensten Gebiete der Organisation erworben. Auch heute stehen wir, und nicht nur wir, sondern vielfach das Irrenwesen im Deutschen Reiche und weit darüber hinaus in Fragen des Anstaltsbetriebs auf dem Boden, den er in kraftvollem Wirken und Erringen gesichert hat.

Hier ist in erster Reihe zu nennen das Statut Illenaus, das die Aufnahmebestimmungen, aber auch das ganze Aufnahme- und Entlassungsverfahren und selbst die ärztliche Fürsorge für die Entlassenen, kurz alle Beziehungen einer Anstalt zu den ihrer bedürftigen Kranken und zu deren Angehörigen in mustergiltiger Weise behandelte und ordnete und so die Benutzung der Anstalt der Allgemeinheit ermöglichte und thunlichst erleichterte. Thatsächlich ist denn auch dieses Statut in einer Reihe anderer Staaten zum Vorbild genommen worden. Und auch unser heute giltiges Statut ist trotz mancher Abänderungen dem Geiste nach im ganzen das Rollers geblieben; ja gewisse unterdessen aufgehobene Bestimmungen haben in seinem Sinne wieder hergestellt werden müssen. Andre wären es werth, von neuem ins Leben gerufen zu werden, so z. B. die wohlthätige Bestimmung, die wohl mit der dauernden Ueberfüllung



der Anstalt in Wegfall kommen musste: „Eine halbjährige freie Verpflegung ist denjenigen armen, heilbaren Kranken zugesichert, für welchen das Aufnahmegesuch in den ersten sechs Monaten der Krankheit eingereicht wird."

Eine weitgehende Rücksicht auf die Vermögensverhältnisse der Kranken zeichnet überhaupt den ganzen Tenor des Statuts aus, wie anderseits auch dem Anspruch des Kranken auf Heilung wie überall so noch besonders durch die Institution der fürsorglichen Aufnahmen in echt humaner, ärztlicher Denkart Rechnung getragen war.

Trotz dieser durchaus ärztlichen Auffassung der Fürsorge hielt aber R. die Mitwirkung der Behörden, weil es sich meist um willensunfreie Menschen handle, im Interesse der Kranken sowohl wie für die Verantwortlichkeit der Anstalt für unerlässlich.

Den später wirklich eingetretenen Sturm gegen die Anstalten hat R. vorausgesehen.

Des Weiteren wurden von R. eine ausführliche Hausordnung, ebenso Dienstanweisungen für das Oberwartpersonal und das Wartpersonal und eine Anleitung zur Krankenpflege für das letztere ausgearbeitet. Alle diese Zeugnisse von seiner Hand verrathen den Meister und Organisator und brauchen auch heute noch den Vergleich mit neueren Arbeiten auf diesem Gebiete nicht zu scheuen.

Auf die Heranziehung und Erhaltung eines tüchtigen Wartpersonals als des Hauptererfordernisses für eine richtige Irrenpflege und Anstaltsbehandlung wurde von Anfang an der grösste Werth gelegt. Alles, was zu dessen Ausbildung, Erhöhung wahrer Tüchtigkeit und zu seiner sittlichen Hebung irgend erforderlich schien, wurde im denkbar weitesten Sinne verwerthet. Diesen Rollerschen Traditionen verdanken wir es vor allem, wenn wir heutzutage, wo so viele Klagen über den Personalwechsel, über Mangel an Zugang und geringe Brauchbarkeit des Personals an den Anstalten erhoben werden, hier verhältnissmässig in geringerem Grade als anderswo davon berührt worden sind.

So gründete R. für das Wartpersonal der Anstalt zwei Wärterkassen, aus welchen entweder Unterstützungen und Spenden bei besonderen Nothlagen, unvorhergesehenem Unglück und bei Krankheitsfällen gegeben wurden oder aus welchen jährlich bestimmte Remunerationen je nach Dienstzeit und Würdigkeit zur Vertheilung gelangten. In jeder Weise wurde versucht, das Personal nicht nur für die allgemeinen Interessen der Anstalt, als einer grossen Familie, heranzuziehen, sondern dasselbe auch die Vortheile einer solchen Verbindung empfinden zu lassen und seine materielle Lage zu verbessern. Tüchtigen Wärtern in einer bestimmten Anzahl wurde auch die Verheirathung und Gründung einer Familie gestattet.

Ein weiterer Plan R.'s, der allerdings nicht verwirklicht wurde, war es, für die Anstalt eine besondere Wärterschule zu gründen, in welcher das neu eintretende Personal, bevor es in den praktischen Irrendienst überging, zunächst in einem kleinen Spital für somatische Kranke einen Kursus in der körperlichen Krankenpflege und dann eine Anleitung in dem Verhalten gegen Geisteskranke erhalten sollte. In bedeutend erweitertem Sinne sind bekanntlich, auf dem Gebiete der körperlichen Krankenpflege wenigstens, diese Bestrebungen R.'s durch die Initiative und unermüdete Wirksamkeit unsrer hochherzigen Grossherzogin in der Ausbildung der Krankenpflegerinnen und der Organisation dieses Berufs in die That umgesetzt worden.

In der ganzen Behandlung der Geisteskranken war von Anfang an nicht der Gesichtspunkt der Verwahrung, sondern der der Heilung maassgebend. Eine genaue Individualisirung und eingehende Besprechung des Heilplans, so in den täglichen ärztlichen Conferenzen mit dem Director, wurden eingehalten. Der ärztliche Dienst war genauest geregelt und ein sehr intensiver. Rein humane und ärztliche Momente waren wirksam und damit die Absage von jedem Zwange als Selbstzweck von vornherein oberster Grundsatz, und wo der Restraint in der ersten Zeit noch Anwendung fand, geschah es vorübergehend als einzelne, peinlichst genau erwogene, ärztlich-pädagogische Maassnahme. Im übrigen war die Gewährung möglichster Freiheit und ein familiales Zusammenhalten der Angestellten mit den Kranken in Leid und Freud ein wichtiges Prinzip. Die Trennung der einzelnen Krankenkategorien nach ihrem socialen Verhalten in Unterabtheilungen und die Schaffung eines passenden Milieus für jeden Kranken in diesen Unterabtheilungen war eine selbstverständliche und oberste Heilbedingung.

Sowohl im Interesse seiner Anstaltsärzte als zum Wohle der Leidenden der Umgebung errichtete Roller eine Poliklinik in der Anstalt sowohl für körperliche als für nervös und geistig Erkrankte, die viel benutzt wurde; er wollte so insbesondere den, wie er wohl erkannte, durchaus nöthigen Zusammenhang der irrenärztlichen Thätigkeit mit dem allgemein ärztlichen, therapeutischen Wirken in dieser praktischen Bethätigung immerzu frisch und aufrecht erhalten.

Einen guten Stamm von Anstaltsärzten suchte sich R. durch den verhältnissmässig grossen Prozentsatz staatlich angestellter Aerzte (mit dem Director 4) zu bewahren.

Auf viele andere Momente in der Irrenbehand-



lung, welche man heutzutage so gerne als eine Errungenschaft erst der neuesten Zeit für sich in Anspruch nehmen möchte, hatte R. bereits Rücksicht genommen und dieselben von Anfang an in Illenau eingeführt.

Illenau besass von Anfang an eigene Werkstätten, Kirche, Festsaal, Freibäder, später eine Turnhalle. Es hatte zwei eigene Hausgeistliche, ferner einen Anstaltsfriedhof — vielleicht den schönsten und stimmungsvollsten des ganzen Landes, — inmitten des Tannengrüns des umgebenden Wäldchens. Es entstand ferner (1867) eine Anstaltsapotheke mit eigenem, vollbeschäftigtem Apotheker. Ein Musiklehrer leitete eine Musikkapelle und einen gemischten Chor aus dem Wartpersonal und andern Angestellten; auch Kranke nahmen daran theil. So übte bei jedem ernsten und heiteren Anlass die Macht der Töne ihre erhebende, festliche Weihe.

Auch sonst wurde für die Unterhaltung und Zerstreuung der Kranken durch Ausflüge, Theater, Konzerte, Festlichkeiten, Kränzchen, ferner durch Vergünstigungen und Geschenke an Einzelne im weitesten Maasse gesorgt und den Pfleglingen unter Mithilfe aller Beamten und Angestellten und deren Angehörigen ein möglichst harmonisches familiales Leben innerhalb der Anstalt mit durchaus gesunden und wohlthätigen Einwirkungen und Eindrücken geschaffen.

Alle Räume der Anstalt, auch die der Unruhigen sollten einen angenehmen Aufenthalt bieten und waren daher von jeher wohnlich und behaglich eingerichtet und ausgestattet; die Wände waren reichlich mit geeigneten Bildern versehen und der Schmuck frischer Blumen aus der dafür sorgenden Gärtnerei findet sich auf den Fensterbrettern, in den Sälen und selbst im Winter beinahe in jedem Zimmer.

Als litterarisches Organ für das „Illenauer Innenleben" oder „die Illenauer Gemeinschaft" wurde von R. im Jahre 1867 das Illenauer Wochenblatt gegründet; es diente als Anstaltschronik, nahm theils Aufsätze und Gedichte von Kranken und Angestellten, theils Abdrücke allgemein interessirenden Inhalts auf und war andererseits dadurch, dass es wegen der in ihm erscheinenden Notizen über das Befinden der Pfleglinge auch von deren Angehörigen gehalten wurde, ein willkommenes Bindeglied zwischen der Anstalt, den Kranken und den Angehörigen, sowie dadurch mit der weiteren Aussenwelt.

Als ein Haupterforderniss jeder geordneten Anstaltsbehandlung sah R. die Beschäftigung der Kranken an, und was heutzutage so gern als ein besonderes Behandlungssystem, als Beschäftigungstherapie gepriesen wird, war für R. ein ganz selbstverständliches allgemein eingeführtes und genauestens ärztlich überwachtes Heilmittel. Sowohl die Feldbeschäftigung auf dem Areale der Anstalt, als die Werkstättenarbeit, als die Hausarbeit, wie nicht minder die Handarbeiten der Frauen wurden nach den gleichen Grundsätzen der heutigen modernen agricolen Anstalt hier schon von der Eröffnung der Anstalt an betrieben. Wir kannten es hier gar nicht anders.

Auch ein Arbeitsverdienst der Kranken, allerdings in mässigen Grenzen, ist hier als ein in der Behandlung sehr wohlthätig empfundener Moment seit langem eingeführt.

Es wäre ein Unrecht, wollten wir in unsren, dem Gedächtnisse des grossen Mannes gewidmeten Blättern des getreuesten, unermüdlichsten und erfolgreichsten unter seinen vielen Mitarbeitern an dem Illenauer Wirken vergessen. Es ist Geheimrath Dr. Hergt, sein erster Nachfolger im Amte des Illenauer Dienstes. Durch 43 Jahre war er seinem Director und Freunde ein treuer Diener und eine zuverlässige Stütze in allen Unternehmungen und Neuerungen zum Wohle der Kranken. Doch nicht nur das; Hergt verstand es vor allem, durch eine seiner tiefen Menschenkenntniss wie nicht minder seinem reichen und mitfühlenden Gemüthe entspringende und dadurch gesteigerte Fähigkeit ganz besonders die grossen Ideen Rollers im Detail auszuarbeiten und in den Geist des Hauses einzuführen, sie zu einem Allgemeingut des Personals zu machen. Sein eigenes voranleuchtendes Beispiel in jeder Bethätigung der Krankenbehandlung und Krankenpflege riss alle mit fort. Ebenso war Hergt aber für seine ärztlichen Mitcollegen stets der autoritative Freund und wissenschaftliche Berather.

Aus der grossen Reihe seiner übrigen Schüler und ärztlichen Mitarbeiter, der: Franz Fischer der Aeltere, Karl Zandt, Hermann Kast, Hubert Reich, Paul Hasse, Heinrich Schüle, Ludwig Kirn, Franz Neumann, August Eickholt, Georg Borell, Christian Roller greifen wir zwei Namen noch besonders heraus: Gudden, der, jahrelang eine Zierde der Züricher und später der Münchner Hochschule, den Heldentod der Treue als Arzt für seinen geisteskranken König starb, und von Krafft-Ebing, der in seinem Wirken an der Grazer und Wiener Universität den hiesigen ärztlichen Traditionen treu geblieben ist.

Rollers umfassendem und weitblickendem Geiste und seinem damit aufs engste vereinigten hilfreichen Drange genügte selbst die an sich schon grosse Aufgabe, die ihm in der Anstaltsleitung erwuchs, nicht. Er wollte sein Wirken womöglich auf die Gesammtheit der Geisteskranken und nach diesen auch auf deren Familien, wie überhaupt auf alle zu den Geisteskrank-



heiten in irgend einer Beziehung stehenden Verhältnissen ausdehnen. So entsprangen seine klar und scharf erfassten, reformatorischen und organisatorischen Ideen, die in ihrer Tendenz die leidende Menschheit umfassten und über die Grenzen seines engeren Vaterlands Baden und des in glühendem Patriotismus hochgehaltenen Deutschland immer weitere gesinnungsverwandte Kreise zogen.

Er suchte die psychiatrische Bildung in dem von ihm gegründeten staatsärztlichen Verein zu fördern und dadurch immer mehr Genossen im Lande für seine Zwecke zu gewinnen. Die seiner Zeit angesehene Zeitschrift dieses Vereins, „Die Annalen der Staatsarzneikunde", enthält werthvolle Beiträge von ihm.

R. gründete weiter als litterarisches Organ für wissenschaftliche Bestrebungen im Verein mit Damerow und Flemming im Jahre 1844 die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, welche jahrzehntelang die wichtigste Trägerin der wissenschaftlichen psychiatrischen Fortschritte bildete und noch jetzt in diesem Geiste wirkt. Von R.'s Hand selbst enthält sie eine Anzahl der lesenswerthesten Aufsätze.

Dem Vorstande des Vereins deutscher Irrenärzte gehörte R. seit dessen Begründung als eines der hervorragendsten Mitglieder an.

Im Jahre 1867 begründete er den Verein südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe.

Mehrmonatliche Kurse für practische Aerzte zur Ausbildung in der Psychiatrie wurden unter möglichster financieller Erleichterung für die Theilnehmer auf R's. Initiative in Illenau eingeführt. Eine grosse Reihe von in- und ausländischen Collegen verdanken theils diesen Kursen theils einem noch längern Studienaufenthalte in unsrer Anstalt ihre psychiatrische Ausbildung. So sind theils Staatsärzte, theils Anstaltsdirectoren und Anstaltsärzte, theils Universitätskliniker -- Zierden unsres Standes — darunter auch Lehrer unsrer jetzigen Irrenkliniker, aus der Illenauer d. h. aus Roller's und Hergt's Schule hervorgegangen zu einer Zeit, als es Irrenkliniken noch nicht gab.

Nach Roller's weitschauendem Plane sollte die Fürsorge der Anstalt und des Staates nicht allein auf die Kranken innerhalb der Anstalt und solange diese darin weilten, beschränkt bleiben. Auch für ihre in Nothlage befindlichen Familien, für die Pfleglinge auch nach ihrer Entlassung aus der Anstalt und überhaupt für alle ausserhalb der Irrenanstalten befindlichen Geisteskranken sollte wo immer nöthig gesorgt werden.

So entstanden gleich mit dem Beginne des Betriebs der Anstalt Illenau im Jahre 1842, theils aus regelmässigen Zuschüssen und Einnahmequellen, theils aus wohlthätigen Stiftungen und Spenden die reichen Kassen der Anstalt, aus denen vielem Elend und mancher stillen Noth rechtzeitig gesteuert werden konnte. Dem bedürftigen Pflegling wurde bei der Entlassung ein Geldgeschenk mitgegeben, um ihm über die erste Uebergangszeit in der Aussenwelt besser hinwegzuhelfen. Für die Entlassenen wurde ein Erkundigungssystem eingeführt und je nach Bedarf Geldspenden in oft beträchtlicher Höhe ein- oder mehrmals jährlich ausgetheilt. Allein auf Weihnachten kamen und kommen jetzt noch auf diese Weise jährlich an 1000 M. zur Vertheilung.

Aber auch ärztliche Berathung aus der Anstalt stand den Entlassenen jederzeit zur Verfügung; es sollte in dieser Richtung ein „Familiensystem" über die Kranken von der Anstalt aus erhalten werden!

Später lag es im Plane R.'s, eine umfassende Landesorganisation in einem Irrenhilfsvereine zu schaffen; doch fand dieses grossgedachte Unternehmen infolge der Ungunst der Zeitverhältnisse nicht die Zustimmung weiterer Kreise und nicht den Erfolg, den die grosse Idee verdient hätte. Möge durch eine erneute Bewegung Rollers Ziel erreicht werden.

Schon seit dem Jahre 1837 waren von R. zugleich mit der Befürwortung einer Statistik der im Lande befindlichen Irren nach dem Beispiele Ruers in Westfalen auch Besuchsreisen der Anstaltsärzte im Lande, (neuerdings von Kräpelin wieder aufgenommen) welche einem mehrfachen Zweck dienen sollten, beantragt worden. Erstens wollte er auf diese Weise genaue ärztliche Erkundigungen über den Krankheitszustand der Entlassenen erhalten, zweitens sollten die Aerzte dabei die Unterkunftsverhältnisse ihrer früheren Pfleglinge prüfen und etwaige Missstände beseitigen oder zur Anzeige bringen, drittens sollte hierdurch eine werthvolle Statistik der im Lande befindlichen Irren, Epileptiker u. s. w. ermöglicht, viertens das ärztliche Studium der Aetiologie der Psychosen und insbesondere das des Kretinismus und Idiotismus gefördert und fünftens sollte noch als Nebenziel und doch wichtige Aufgabe, durch Vorträge der Aerzte und durch den Verkehr mit dem Publikum zur Aufklärung der Vorurtheile gegen Geisteskranke und Irrenanstalten, zur Heranziehung der Allgemeinheit zu den Aufgaben der Irrenpflege beigetragen werden.

Eine Landesstatistik der ausserhalb der Irrenanstalten befindlichen Irren, Epileptiker, Kretine u. s. w. kam nach Rollers Vorschlag seit dem Jahre 1838 alle 5 Jahre zur Ausführung und fand jeweils die eingehende Würdigung durch R.

Den Gang des Irrenwesens in seinem engeren Vaterlande verfolgte unser Meister mit wachsamem

Auge. Als ihm die Nothlage der badischen Irrenversorgung durch die dauernde Ueberfüllung der bestehenden Anstalten klar wurde, nahm er bei Zeiten, schon im Jahre 1864, die Initiative, energisch darauf hinzuweisen und auf die Errichtung einer neuen Anstalt als eine unerlässliche Forderung zu dringen. Als Erstellungsort nahm er bereits damals die Gegend von Emmendingen an. Leider wurde die Vorlage vom Landtage zurückgestellt und Baden musste noch 25 Jahre warten, bis die von R. gedachte Anstalt gebaut und eröffnet werden konnte, und zwar an dem von R. vorausbestimmten Platze.

Gegen die ausgedehntere Betheiligung der Kreispflegeanstalten an der Irrenversorgung legte R. seine principiellen, ärztlichen Bedenken offen dar.

Wie alle die verschiedenen Beziehungen der Psychiatrie zu den übrigen Zweigen unseres Faches, der Medicin, von R. erkannt und gefördert wurden, so entgingen seinem universellen Geiste auch alle jene Zusammenhänge seines eigentlichen Schaffensgebietes mit den übrigen Wissenschaften und besonders mit dem ganzen socialen und gesellschaftlichen Leben, wie mit dem Rechtsleben des Volkes nicht. Mit voller Kraft arbeitete er an einer gesunden Entwicklung und an einem gedeihlichen Zusammenwirken auf diesen Gebieten; vielfach ist er der Wegweiser, der führende Geist gewesen.

Besonders hinsichtlich der richterlichen Beurtheilung der Geisteszustände ist er mit der ganzen Macht seiner Persönlichkeit dafür eingetreten, der ärztlichen Auffassung derselben mehr Einfluss auf die Jurisdiction zu verschaffen. Seine Ansicht drang schliesslich auch in der Fassung des § 51 des Reichsstrafgesetzbuches durch, die gegen den vorher bestandenen Wirrwarr eine entschiedene Klärung und einen Fortschritt bedeutete.

In seinen letzten Lebensjahren beschäftigte ihn hauptsächlich der Gedanke der zweckmässigen Versorgung, Unterrichtung, Erziehung und psychischen Hebung schwachsinniger oder sittlich schlecht veranlagter Kinder.

Nicht minder wichtig ist für die Würdigung von R.'s vielseitigem Wirken, dass er als einer der ersten bei uns in Deutschland den Kampf gegen die Trunksucht aufnahm.

Durch sein Vorgehen wurden andre ermuthigt und die ganze Bewegung nach und nach auch bei uns in Fluss gebracht, so dass wir jetzt schon vielfach eine gedeihliche Thätigkeit sich entfalten und mehr und mehr den ernsten Willen zu noch umfassenderem Handeln in immer weitere Kreise dringen sehen. Sollen doch jetzt auch in unsrem Lande Baden ganz im Sinne Rollers Heilstätten für Trinker durch staatliche Initiative und aus staatlichen Mitteln errichtet werden. So ist also auch hierin R.'s Eintreten von Segen gewesen.

Noch haben wir einen Blick auf den ferneren Lebensgang des grossen Mannes und auf seinen regen geistigen Verkehr mit der ganzen wissenschaftlichen Welt seiner Zeit zu werfen.

Die Verbindung mit seinen Freunden aus dem Kreise der Universitäten, von dem wir früher gesprochen, hielt er aufrecht bis an sein Lebensende; aber auch neue Bekannte aus wissenschaftlichen wie aus Regierungskreisen fesselte er für alle Zeit an sich, Belehrung und Anregung empfangend und ertheilend. Besonders innig aber war das Band, das ihn mit der Aerztewelt überhaupt und mit den Psychiatern aller Länder im speciellen verknüpfte. Roller war wohl der am allgemeinsten gekannte und angesehene Psychiater seiner Zeit und hatte zum Theil eben durch die Hilfe seines grossen Bekannten- und Freundeskreises den universalsten Einblick in die Verhältnisse der Irrenfürsorge aller Länder. Besondere Sympathieen, die auch die politischen Ereignisse überdauerten, verbanden ihn mit den französischen Gelehrten und Irrenärzten. Ebenso bekannt war er mit den englischen, italienischen und Schweizer Fachgenossen.

Auf allen Gebieten der psychiatrischen Streitfragen seiner Zeit galt er als anerkannte Autorität. Sein Rath, seine Hilfe, sein Gutachten wurden, besonders beim Neubau von Anstalten wie auch in allen organisatorischen Fragen angerufen.

So lebte R. unablässig thätig, indem er sowohl an der Vervollkommnung der ihm unterstellten Anstalt weiter arbeitete als auch die grossen, allgemeinen Aufgaben und Ziele der Irrenfürsorge mächtig förderte.

Noch darf hier als eines Wesentlichen der Beziehungen R's. zum Grossherzoglichen Hause, die sich von weiland Grossherzog Leopold auf unsern jetzigen erhabenen Landesherrn übertragen, Erwähnung gethan werden. War es von Seite des Fürsten die Würdigung der grossen geleisteten Dienste und die warme Werthschätzung von R.'s eigenster Persönlichkeit, so fand sich bei R. mit der tiefsten Verehrung und unwandelbaren Treue vereint das Gefühl einer edlen Gehobenheit durch die Fürstliche Huld, das bei ihm, gleich wenig von Ueberhebung wie von Servilismus angekränkelt, nur als Ansporn zu neuen Thaten wirkte. Ein in seiner Würde und Schönheit nicht oft wiederholtes Verhältniss eines Fürsten zu seinem Diener!

Von Ehren und Auszeichnungen überhäuft, — auch Berufungen nach aussen erfolgten von früh an — blieb er seinem Posten getreu, ein pflichteifriger Diener



des Staates und seiner guten Sache; freimüthig, überzeugungstreu, bescheiden und doch seines Werthes bewusst.

1867 beging er das 25 jährige Jubiläum der Anstalt, das durch die Anwesenheit und eine begeisternde Ansprache des Grossherzogs seine besondere Weihe erhielt.

1877 feierte R. sein 50 jähriges Dienstjubiläum, ein seltenes Fest, noch in körperlicher Rüstigkeit.

Bald nachher begann ein langwieriges Leiden und am 4. Januar 1878, am 51. Jahrestage seines Dienstantrittes in Heidelberg, starb im beinahe vollendeten 76. Lebensjahre der erste Director von Illenau, tief betrauert von den Seinen, allen Mitarbeitern und Freunden von Fern und Nah, seinen Untergebenen, den Kranken der Anstalt und der grossen Gemeinde aller derer, die ihm Land auf, Land ab durch sein wohlthätiges und hochherziges Walten und Wirken über den Tod hinaus verbunden blieben.

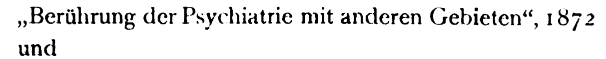
Mit der Schilderung seines Lebens dürfen wir unsre Betrachtung zu seinem Gedächtniss aber nicht abschliessen. Wir wenden uns der Würdigung seiner litterarischen Thätigkeit und der uns von ihm überkommenen Geisteswerke zu.

Wahrhaft erstaunlich und bewundernswerth ist es, dass Roller bei all seiner täglichen Arbeit als Leiter einer grossen Heil- und Pflegeanstalt, bei allen seinen organisatorischen Leistungen noch Zeit fand zu eigener wissenschaftlicher Arbeit. Wir verfügen zum Glück über eine ziemlich reiche, uns erhaltene Ausbeute seines geistigen Besitzes.

In der allg. Zeitschrift für Psychiatrie treffen wir ausser einer Menge statistischer, chronistischer und casuistischer Mittheilungen und organisatorischer Anregungen, auf eine Reihe theils von eigenen Aufsätzen Rollers theils von eingehenden kritischen Referaten über die Leistungen Anderer.

Unendlich viel belehrende und wichtige Gesichtspunkte finden wir auch in seinen Vorlagen und Berichten an die Regierung niedergelegt, oft lange, bevor diese Anregungen dann auch im Drucke an eine grössere Oeffentlichkeit gelangten.

Unter seinen Aufsätzen erwähnen wir folgende Themata:

„Illenau", 1844.
„Ueber Verwandtschaft von Seelenstörung und Lasterhaftigkeit", 1844.
„Das Studium der Psychiatrie", 1853.
„Das Irenwesen im Grossh. Baden", 1855.
„Ueber Seelenstörungen in Einzelhaft", 1863.
„Vorlage über Aufnahmebestimmungen in Irrenanstalten," 1867.
„Ueber Irrenfürsorge", 1867.

„Berührung der Psychiatrie mit anderen Gebieten", 1872 und
„Fürsorge für die Irren ausserhalb der Anstalten", 1878.

Aber auch selbständig erschienene Arbeiten, alle mit einem Zuge ins Grosse, Verallgemeinernde (Organisatorische und Reformirende) besitzen wir aus seiner Feder:

„Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen", 1831.
„Beleuchtung der von der med. Facultät zu Heidelberg gegen die Errichtung der neuen badischen Irrenanstalt erhobenen Einwürfe", 1837.
„Grundsätze für Errichtung neuer Irrenanstalten", 1838.
„Bemerkungen und Vorschläge für die gerichtliche Ausmittelung zweifelhafter Seelenstörungen", 1838.
„Ueber die Seelenstörungen in ihrer Beziehung zur Strafrechtspflege", 1858.
„Illenau", 1852 und 1865.
„Ueber die Statistik Illenaus", 1866.
„Ueber Abhilfe des Raummangels in den beiden Staatsirrenanstalten des Grossherzogthums Baden, insbesondere durch Kreisspitäler", 1873.
„Psychiatrische Zeitfragen", 1874.

Mit Fr. Fischer dem Aeltern:

„Das Project des Neubaues einer zweiten Heil- und Pflegeanstalt im Grossh. Baden", 1865.

Alle diese Aufsätze und Schriften erregen auch heute noch die Aufmerksamkeit und das Interesse des Lesers. Ist Manches darin auch durch die Zeit überholt worden, so findet man dort schon bahnbrechende Gesichtspunkte aufgestellt, die zum Theil erst in neuerer Zeit wieder zu den Tagesfragen gehören.

Insbesondere sein letztes Werk, die „Psychiatrischen Zeitfragen" verdienen heute noch gelesen zu werden; in ihnen ist so recht eigentlich Rollers psychiatrisches Testament niedergelegt. Die Schrift zeichnet sich aus durch eine einfache, classische Sprache, durch eine seltene Eindringlichkeit des Gesagten, wie durch einen hohen sittlichen Ernst und wahre Ueberzeugungstreue.

Viele der hier veröffentlichten Ansichten und Grundsätze R.'s haben wir bereits in unserer seitherigen Schilderung seines Lebenswerkes an geeigneter Stelle eingeflochten, so die Frage des psychiatrischen Unterrichts und Rollers Lösung derselben und Andres mehr Einige weitere prägnante Worte, besonders solche, die noch jetzt actuelle Tagesfragen betreffen, möchten wir hier kurz zusammenstellen.

Im Vorwort der „Zeitfragen" wird besonders betont, dass die wissenschaftlichen Grundlagen der Psychiatrie den Irrenanstalten verdankt werden. Mit der wissenschaftlichen Erforschung der Zustände allein ist es aber nicht gethan, sondern zur wahren Beurtheilung und Behandlung der Seelenstörungen gehört auch

das nachfühlende Gemüth und das hilfreiche Wort. Die Gesetzmässigkeit der Krankheitsverläufe war ihm ebenso bekannt, als ihm der Drang zu helfen und zu lindern auch da zum ärztlichen Handeln antrieb, wo durch diese Eingriffe der Gang der Krankheit nicht gebrochen, wohl aber abgeschwächt oder erleichtert werden konnte. Seine Erfahrungen lehrten ihm, dass auch die stärksten Gesetzmässigkeiten nicht unabänderlich sind, sondern durch andere Kräfte in ihrem Laufe modificirt werden können, dies besonders aber auf dem psychischem Gebiete. Ein goldenes Mahnwort!

Mit regem Eifer tritt R. für die Verständigung der Irrenärzte mit anderen Zweigen der Wissenschaft, besonders mit den Vertretern der Rechtspflege und der Regierungsgewalt ein. Er forderte, dass auf den Versammlungen des Irrenärztevereins allgemeine Themata der Irrenfürsorge behandelt und verarbeitet und dass die daraus formulirten Beschlüsse an die Regierung gereicht werden sollen, insbesondere an das Reichskanzleramt, ebenso wie er die Bestellung eines vollbeschäftigten Psychiaters ins Reichsgesundheitsamt zur Vorbereitung aller einschlägigen psychiatrischen Fragen vorschlägt.

In 30 verschiedenen Abschnitten werden dann alle Zeitfragen der practischen Psychiatrie eingehend abgehandelt, unter genauer Kritik der bestehenden Verhältnisse und Bestrebungen. Zunächst spricht er in 8 Kapiteln über die Art der Unterbringung der Geisteskranken, nämlich: über die Bedenken gegen Irrenanstalten, über Gheel; Irrencolonien; Cottages und Pavillonsystem; Unterbringung der Irren in gewöhnlichen Spitälern; Griesingers Reformvorschläge; die Isolirung der Irrenanstalten; Stadtasyle u. s. w. und Localversorgung, Hilfsvereine, Mitwirkung der Aussenwelt.

Für jeden geordneten Anstaltsbetrieb fordert R. mit den Worten: „Die Vortheile einer agricolen Colonie müssen jeder guten Anstalt zukommen“ und „eine Irrenheilanstalt ohne Garten und Feld ist ein Widerspruch“, ein genügendes Areal, um die Kranken in der Landwirthschaft beschäftigen zu können, wie er die geordnete, ärztlich beaufsichtigte Beschäftigung der Kranken überhaupt in allen Arbeitszweigen als eines der wichtigsten therapeutischen Hilfsmittel hinstellt. Dagegen ist R für die von den eigentlichen Anstalten abgelegenen und davon räumlich getrennten Colonien aus ärztlichen Gründen weniger eingenommen.

Nach R. ist aber jede Irrenanstalt ohne Ausnahme, die für acute Fälle sowohl wie nicht minder die für chronische Kranke, vor allem eine Heilanstalt, nicht eine Bewahranstalt. Sie unterscheidet sich darum auch in nichts von einem Krankenhause und bedarf deshalb, gleichgiltig ob Klinik, Stadtasyl oder grosse Landesanstalt, ohne Unterschied derselben und keiner andern Einrichtungen als der eines Krankenhauses und zwar eines solchen für die specielle Krankenkategorie der psychisch Kranken.

Darum, weil es sich um Kranke handelt, darf auch nie der Gesichtspunkt der Billigkeit, der möglichst wohlfeilen Unterbringung und Verpflegung maassgebend werden und die ärztliche Fürsorge dadurch Noth leiden. Ein Anstaltsbetrieb auf solcher Grundlage, ohne die verantwortliche Leitung durch einen erfahrenen Irrenarzt, ohne ein im Irrenpflegedienste geschultes Wartpersonal, kurz ohne einen durchaus irrenärztlichen Betrieb könne nie die Billigung der Psychiater erfahren.

Scharf wendet sich darum auch R. gegen die Unterbringung und Behandlung selbst chronischer Irren in Spitälern und Kreispflegeanstalten. Nach seiner Ueberzeugung hält er den Staat für verpflichtet, für alle einer sachverständigen, ärztlichen und Anstaltsbehandlung irgendwie bedürftigen, mittellosen Geisteskranken zu sorgen, da nur dann d. h. nur in der staatlichen Administration und Inbetriebnahme für die Kranken selbst sowohl wie für das Publikum eine hinreichende Gewähr und Sicherheit dafür geboten sei, dass der Gesichtspunkt der Billigkeit nicht einseitig in Betracht kommt und Missstände jeder Art sich nicht auch in die Behandlung der Kranken einschleichen.

Gerade für geistig schwache und unklare, der freien Willensbestimmung entbehrende Menschen, die zudem grossentheils gegen ihren Willen, im Interesse ihrer Umgebung und der übrigen menschlichen Gesellschaft in der Anstalt zurückgehalten werden, sind solche Garantieen doppelt und dreifach unerlässlich.

Nur diejenigen abgelaufenen und in einen Beharrungszustand eingetretenen Fälle von durchaus ruhigen und harmlosen Geisteskranken, welche eigentlich in Localversorgung gehören, d. h. in der eigenen oder einer fremden Pflegefamilie gehalten werden könnten, dort aber aus irgend welchen äusseren Gründen ein Unterkommen nicht finden, hält R. nach sorgfältiger Auswahl und in geringer Anzahl für die Verpflegung in Kreispflegeanstalten geeignet. Wir sehen also von ihm schon genau den gleichen Standpunkt energisch vertreten, den neuerdings wieder besonders Ludwig, Kräpelin und M. Fischer aufgenommen haben. Sogar die Gefahr der „Winkelanstalt“ sieht R. bereits als gegeben an.



Auch die Sorge für die Irren ausserhalb der Irrenanstalten erkennt R. als eine Aufgabe des Staates; er weist ihm dieselbe zu, um eine falsche Behandlung und Misshandlung der kranken und willensunfreien Menschen durch die oft verurtheilsvolle und übelwollende Umgebung zu vereiteln. Er verlangt verantwortliche Vertreter für die Kranken auch in der Aussenwelt und eine staatliche Aufsicht und Controle über die ganzen Pflegeverhältnisse. Erst dann kann er einer besseren Verwerthung der Localversorgung und Familienpflege der Geisteskranken das Wort reden. Hand in Hand mit dieser Mitwirkung der Laienwelt in der Irrenfürsorge soll aber eine Aufklärung der weiten Volkskreise über das Wesen der Psychosen und über die Aufgaben der Psychiatrie auserhalb der Anstalten gehen.

In weiteren 16 Abschnitten (IX — XXIV) schildert R. die Irrenanstalten nach ihren sämmtlichen Erfordernissen und den an sie zu stellenden Ansprüchen und Aufgaben. Die einzelnen Abschnitte lauten:

Rückblick, Aufgabe der Anstalten; Wärterdienst; ärztlicher Dienst; Mitwirkung der Geistlichen; No-restraint; Beschäftigung und Unterhaltung; Züge aus dem inneren Leben; Bauliches; Statistik; Aufnahmebedingungen, Statut, Gesetz; Kosten und Art der Verpflegung; Grösse der Irrenanstalt; Heil- und Pflegeanstalten; Staats- und Privatanstalten; Obere Leitung, Generalinspectoren; Studium der Psychiatrie, Benützung der Irrenanstalt zum Lehrzweck.

Warm tritt Roller für die Thätigkeit der Anstaltsgeistlichen ein; er hält dieselben für werthvolle Mitarbeiter sowohl in ihrem Einfluss auf die Kranken, bei denen das gewöhnlich noch lange erhaltene religiöse Gefühl als Eingang für psychische Einwirkung genommen werden kann, als besonders in der Erziehung und sittlichen Hebung des Wartpersonals.

Bezüglich der Anlage von Anstalten steht R. auf dem Standpunkte, dass sie weder zu klein, noch zu gross sein dürfen, um allen Anforderungen der Krankenbehandlung genügen zu können. Für Heilanstalten hält er als niederste Grenze 100, als oberste 400 Plätze fest; für Pflegeanstalten giebt er ein Maass bis 600 und 700 Betten zu. Letztere hält er neben den Heilanstalten in einer geordneten Irrenfürsorge für durchaus nöthige Bestandtheile; die gemeinsame Verpflegung von körperlich Siechen mit Irren erklärt er aber für unzulässig. Die Aufgabe der Irrenpflegeanstalten sieht R. als eine lohnende und wichtige an: „Was an den Unheilbaren geschieht, um das tiefere Sinken zu verhüten, ist nicht minder ein Heilen als dasjenige, was bei den Heilbaren die Genesung zur Folge hat".

Da R. es für eine Pflicht des Staates hält, für alle Irren zu sorgen, so schliesst er von dieser Aufgabe auch die Anstaltsversorgung der Vermöglichen nicht aus; wenigstens soll dem Publikum die Möglichkeit freistehen, auch in Staatsanstalten ihre Kranken unterzubringen. Roller geht in dieser Frage der Unterbringung von Kranken aus den gebildeten Ständen von ganz den gleichen Motiven und Gesichtspunkten aus wie erst jüngst wieder neuere Autoren (Ludwig, M. Fischer, Dannemann). Er verlangt für jede Irrenanstalt Abtheilungen zur Aufnahme solcher Kranken.

Für die Organisation des Landesirrenwesens verlangt R. eine einheitliche, von Sachverständigen berathene Centralstelle, der mit den Irrenanstalten und der Beaufsichtigung der ganzen Irrenversorgung des Landes (auch ausserhalb der Anstalten) noch die Siechen-, Blinden- und Taubstummenanstalten, sowie die Beaufsichtigung der Pflegeverhältnisse dieser Kategorien ausserhalb der Anstalten, und zuletzt auch die Strafanstalten, die mit der Justiz als solcher nichts mehr zu thun haben, unterstellt sein sollten. R. giebt ein genaues Arbeitsprogramm dieser von ihm gedachten Institution der Centralbehörde für das Irrenwesen an.

Auch die Stellung Rollers zu den Irrenkliniken (Abschnitt XXIV „Das Studium der Psychiatrie") ist auch heute noch sehr lesenswerth.

Die Abschnitte XXV bis XXVIII behandeln die Beziehungen der Geisteskranken zu den staatlichen Verhältnissen, bes. ihre rechtliche Stellung. Schon R. verlangt in dem Abschnitt: Beziehungen der Geisteskranken zu dem Civilrecht, für das Entmündigungsverfahren eine andre, mildere Form, welche nicht eine Sache gegen den Kranken wie einen Angeklagten vorsieht, sondern ihn in und wegen seiner Krankheit schont und schützt.

Ein andrer wichtiger Abschnitt handelt von der Untersuchung der psychischen Gesundheit bei der Aushebung zum Militärdienst; ein weiterer von der Reactivirung von genesenen Geisteskranken, ein dritter von der Lage der Geisteskranken gegenüber den Lebensversicherungsgesellschaften. Abschnitt XXVII behandelt ausführlich die Beziehungen zum Criminalrecht; überall kommt das energische Eintreten des Irrenarztes für die Interessen seiner Kranken in humanen und streng logischen Forderungen zum Ausdruck. Unter andrem verlangt R. auch eine intensivere psychiatrische Ausbildung der Gerichtsärzte

und grösseren Einfluss der psychiatrischen Gutachten auf die Rechtsentscheidungen.

Im Abschnitt XXVIII spricht R. eingehend von der Verwahrung sogenannter crimineller Irren und weist nach, dass an dem Geisteskranken, gleichgiltig, ob die Krankheit vor der That, vor dem Urtheil oder nach beiden ausgebrochen sei, keine Strafe in Erfüllung gehen dürfe. Eigene Anstalten für criminelle Kranke hält R. nicht für nöthig; er glaubt, dass die grosse Menge derselben ganz gut in den Irrenanstalten, eventuell in Adnexen derselben, besonders der Pflegeanstalten, gehalten werden könne und möchte für die Irrenstationen der Strafanstalten nur die in Einzelhaft Erkrankten, deren Psychose rasch abläuft, und andrerseits die gemeingefährlichen irren Verbrecher reservirt haben. Ueber die Fortsetzung der Strafe an genesenen Sträflingen giebt R. gleichfalls humanen Anschauungen Ausdruck.

Abschnitt XXIX handelt von den Maassregeln zur Verhütung von Seelenstörungen und giebt hierüber sehr werthvolle Winke. Besondere Aufmerksamkeit widmet R. hier der Behandlung der Dégenerés und der Verhinderung der Eheschliessung erblich Belasteter.

Ein letzter Abschnitt endlich bespricht die Maassregeln gegen die Trunksucht.

Werthvoll ist der gute historische Ueberblick über die ganze Bewegung und über die bezügliche Gesetzgebung nach den einzelnen Ländern.

Ein energischer Aufruf zur allgemeinen Betheiligung an der Bekämpfung dieser völkerverheerenden Sucht durch Behörden, Gerichte, Geistliche und Presse schliesst das Werk ab. Mit Recht führt R. damals schon die Worte an, „dass auch ausser dem Gesetze noch viel zu thun übrig sei“ und „dass zum Gesetze vor allem die öffentliche Missbilligung der Trunkenheit hinzukommen müsse“.

Fassen wir zum Schlusse das Gesammtbild des Mannes, so wie sich seine Persönlichkeit durch sein Wirken der Mit- und Nachwelt eingeprägt hat, kurz zusammen:

Roller war ein Mann von einem durchdringenden Verstand und einem Scharfblick des Geistes, der ihn ebensowohl befähigte, vorhandene Unzulänglichkeiten und Schäden in ihrer ganzen Tiefe zu erkennen als auch die sichersten Wege zu ihrer Beseitigung aufzufinden. Ein Mann aber auch von der grossen Energie und Standhaftigkeit, alle sich ihm entgegenstellenden Schwierigkeiten in siegreichem Kampfe zu überwinden, unterstützt und immer wieder gestärkt dabei in der Kraft seines Wollens durch ein mitfühlendes Herz und einen hilfefreudigen Drang. Nimmer ruhend, rastlos schaffend und kraftvoll gestaltend, jede gute Anregung begierig erfassend und in seinem Geiste erweiternd, so stellt er sich uns dar.

Ein universeller Geist, der überall die Beziehungen seines Fachs zu den allgemeinen Verhältnissen erkannte und aus dieser Kenntniss nur immer neue Hilfsmittel zum Wohle seiner Kranken und für die Interessen der leidenden Menschheit überhaupt zog. Ein idealer Sinn, der sich aber in streng logischer Beherrschung überall an das Reale und Erreichbare hielt und darum, was er unternahm, auch der Verwirklichung zuführen konnte.

So war er, ein geborener Herrscher, zum geistigen Führer wie geschaffen; der rechte Mann am rechten Ort und uns zur rechten Zeit gegeben, da man seiner am nöthigsten bedurfte.

„Er war ein Mann, nehmt alles nur in allem“,
„Ich werde nimmer seines Gleichen sehen“.

In seinen Werken wird aber sein Andenken fortbestehen, auch wenn seine Persönlichkeit selbst im Laufe der Jahre aus dem Gesichtskreise der Lebenden entschwinden wird.

Mittheilungen.

— Unter dem Titel „Die wichtigsten Fragen des Richters an den Psychiater auf dem Gebiete des B. G. B.“ macht Privatdozent Dr. Ernst Schulze, Andernach, in der Zeitschrift das „Recht“ V. Jahrgang, Nr. 20, 25. X. 01, folgende bemerkenswerthe Ausführungen:

„Die Gutachten, die der psychiatrische Sachverständige zu erstatten hat, sind selten derart einfach, dass sie aus der Beantwortung einer einzigen Frage bestehen. Steht beispielsweise die Frage der Zurechnungsfähigkeit zur Diskussion, so genügt nicht der alleinige Nachweis des Vorhandenseins einer geistigen Störung, sondern die Störung muss erstens zur kritischen Zeit vorgelegen und zweitens einen bestimmten, vom Gesetz geforderten Grad erreicht haben.

Das Gesagte trifft auch für die civilrechtliche Psychiatrie zu. In dem soeben im Verlage von Hirschwald-Berlin erschienenen Handbuche der gerichtlichen Psychiatrie, welches Hoche-Strassburg herausgiebt, habe ich die psychiatrischen Fragen des B. G. B. behandelt.

Dabei habe ich geglaubt, gerade der Formulierung des Gutachtens besondere Rücksicht schenken zu müssen. Für den Mediziner werden die Ausführungen eine vielleicht brauchbare Handhabe bei der Erstattung der



von ihm eingeforderten Gutachten abgeben können. Für den Juristen wird es, abgesehen davon, dass es ihn vielleicht überhaupt interessiert, zu sehen, wie der Nichtjurist über juristische Fragen denkt, erwünscht sein, zu erfahren, welchen Gesichtspunkten der Psychiater grösseren Werth beimisst. Das erscheint mir nicht ganz gleichgiltig, da der Psychiater doch tagtäglich mit Geisteskranken verkehrt und so auf Grund eigener Beobachtung und Erfahrung am besten ermessen kann, welchen Bedürfnissen eine den Interessen der Kranken nicht minder als denen der Gesunden dienende Rechtsauffassung genügen soll.

Im Folgenden sollen, wenn ich so sagen darf, die Leitmotive der komplizierteren Fälle kurz zusammengestellt werden. Zum Theil ergiebt sich die Art und Anordnung der gestellten Fragen schon aus dem Wortlaute des Gesetzes, zum Theil bedarf es einer besonderen Begründung für den hier vertretenen Standpunkt. Hinsichtlich dieses sei auf das Handbuch verwiesen.

Es ist hier aber keineswegs, wie schon gesagt, beabsichtigt, alle Fälle aufzuzählen, in denen das B. G. B. bezw. die C. P. O. Veranlassung geben kann, das Sachverständigengutachten eines Psychiaters einzuholen. Nur die schwierigen Fälle, die natürlich in erster Linie zu Differenzen zwischen Juristen und Aerzten führen werden, sollen berücksichtigt werden.

Der Einfachheit halber sind die hier zu berührenden Möglichkeiten nach der Reihenfolge der zugehörigen §§ im B. G. B. angeordnet:

1. § 6, Z. 1.

1. Ist der zu Entmündigende überhaupt psychisch krank?

2. Wenn ja, ist diese Geistesstörung eine voraussichtlich dauernde?

3. a) Wenn ja, beeinträchtigt diese Geistesstörung eine sachgemässe Behandlung der Beziehungen des Erkrankten zu seiner Familie, zu seinem Vermögen und zu seiner Umgebung?

b) Wenn ja, erstreckt sich diese Beeinträchtigung, wenn auch nicht gerade auf die Gesammtheit, so doch auf die Mehrzahl der Beziehungen des Geistesgestörten, sodass die Anordnung einer officiellen Fürsorge angezeigt ist?

c) Wenn ja, wird diese Wirkung der Geistesstörung voraussichtlich eine dauernde sein?

4. Ist die so beschaffene Geistesstörung derart, dass (theoretisch) der Wille des Erkrankten rechtliche Beachtung beanspruchen kann und dass (praktisch) die Gestattung einer gewissen Bewegungsfreiheit, vor allem die Anwendbarkeit der §§ 110, 112, 113 in Frage kommt?

α) Wenn ja, handelt es sich um Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes mit der beschränkten Geschäftsfähigkeit als dem rechtlichen Folgezustand?

β) wenn nein, liegt Geisteskrankheit mit der ihr folgenden Geschäftsunfähigkeit vor?

2. § 6, Z. 3.

1. Liegt Trunksucht, d. h. ein, wenn auch nur periodisch auftretender, unwiderstehlicher Hang zum übermässigen Genuss geistiger Getränke vor?

2. Wenn ja, ist der Hang derartig, dass der an ihm Leidende infolgedessen

a) seine Angelegenheiten nicht sachgemäss zu besorgen vermag oder bezw. und

b) die Sicherheit anderer gefährdet?

3. § 6, S. 2.

Ist die Geistesstörung bezw. Trunksucht geheilt oder derartig gebessert, dass der Entmündigte (wieder) in der Lage ist, die Gesammtheit bezw. Mehrzahl seiner Beziehungen zu seiner Familie, zu seinem Vermögen und zu seiner Umgebung voraussichtlich dauernd sachgemäss zu besorgen?

4. § 104, Z. 2.

Lag oder liegt ein Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vor, der

1. seiner Natur nach ein dauernder ist,

2. zur kritischen Zeit bestand und

3. die freie, d. i. die regelmässige Willensbestimmung ausschloss?

5. § 105, Abs. 2.

Bestand ein Zustand von Bewusstlosigkeit (auch hochgradiger Trübung des Bewusstseins) oder Störung der Geistesthätigkeit (schlechtweg, also auch ein solcher nicht krankhafter Natur, wenn er nur vorübergehend ist)

1. zur Zeit der Willenserklärung und

2. in einer dem Gesetz gegenüber beachtenswerthen Intensität?

6. § 1333.

1. Ist das Moment, womit der Anfechtungsberechtigte seine Anfechtung stützt, als eine persönliche Eigenschaft im Sinne des Gesetzes, als eine bestimmte psychische Beschaffenheit aufzufassen?

2. Wenn ja, besitzt der andere Ehegatte diese Eigenschaft oder war sie zum mindesten zur Zeit der Eheschliessung bei ihm vorhanden?

3. Wenn ja, ist diese Eigenschaft derartig, dass eine mit Rücksicht auf diese begründete Aufhebung des Verlöbnisses als eine verständige Würdigung des Wesens der Ehe, vor allem der aus der Eheschliessung resultierenden sittlichen Pflichten und Rechte aufgefasst werden kann, und lässt sich diese Anschauung vom wissenschaftlichen und ärztlichen Standpunkte aus rechtfertigen?

4. Wäre eine gleiche Stellungnahme von dem Anfechtenden zu erwarten gewesen, wenn er rechtzeitig von der fraglichen Eigenschaft Kenntniss erhalten hätte?

7. § 1334.

1. Ist der von dem Anfechtungsberechtigten angegebene Umstand (d. h. ein zu der Person des anderen Ehegatten in irgend einer Beziehung stehendes Moment) thatsächlich vorhanden?

2. Wenn ja, kannte der andere Ehegatte diesen Umstand? Nur dann natürlich kann von einer direkten oder indirekten arglistigen Täuschung die Rede sein, durch welche der Anfechtungsberechtigte zur Eheschliessung bestimmt worden ist.

3. Wenn ja, ist dieser Umstand derartig, dass eine mit Rücksicht auf diesen begründete Aufhebung des Verlöbnisses als eine verständige Würdigung des Wesens der Ehe, vor allem der aus der Eheschliessung



resultirenden sittlichen Pflichten und Rechte, aufgefasst werden kann, und lässt sich diese Anschauung vom wissenschaftlichen und ärztlichen Standpunkte aus rechtfertigen?

4. Wäre eine gleiche Stellungnahme von dem Anfechtenden zu erwarten gewesen, wenn er rechtzeitig von dem fraglichen Umstande Kenntniss erhalten hätte?

8. § 1569.

1. Liegt dei dem beklagten Ehegatten eine Geistesstörung schlechtweg vor?

2. Hat diese Geistesstörung während der Ehe bis zur Erstattung des Gutachtens mindestens drei Jahre ununterbrochen oder einschliesslich der durch das Wesen der Störung bedingten Unterbrechungen gedauert, gleichgültig, wann sie zuerst aufgetreten ist und wie beschaffen sie während des dreijährigen Zeitraums war?

3. Wenn ja, ist diese Geistesstörung zur Zeit derartig beschaffen, dass sie die geistige Gemeinschaft aufhebt, d. h. dass sie das Bewusstsein des hier vorliegenden ehelichen Verhältnisses und der sich aus einem solchen Verhältnisse ergebenden Beziehungen vernichtet und die spontane, bewusste und gewollte Bethätigung dieses Bewusstseins, die thatsächliche Theilung der gemeinsamen Interessen, unmöglich macht?

4. Wenn ja, ist jede Aussicht auf eine, auch nur vorübergehende Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen?

9. § 1910.

1. Liegt ein geistiges Gebrechen (d. i. eine geistige Störung schlechtweg) vor, mit dessen Vorhandensein die Einleitung der Pflegschaft begründet ist?

2. Wenn ja, ist das Gebrechen derart, dass es dem Erkrankten (zum mindesten) die Besorgung einzelner seiner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises seiner Angelegenheiten, insbesondere seiner Vermögensangelegenheiten, unmöglich macht?

3. Wenn ja, ist eine Verständigung sowohl in materieller als formeller Hinsicht mit dem Kranken möglich, mit anderen Worten, ist dieser der Anderen verständlichen Uebermittelung einer vernünftigen und somit rechtlich beachtenswerthen Ueberlegung fähig?

α) Wenn nein, so ist die Verhängung einer Pflegschaft ohne weiteres zulässig.

β) Wenn ja, ist der Kranke mit der Verhängung der Pflegschaft einverstanden, deren Wesen und Bedeutung ihm notwendigenfalls vorher erklärt werden muss?

Ist dieses oder jenes Verhalten des Gebrechlichen (etwa des Sprachlosen) als Einwilligung im Sinne des Gesetzes zu deuten?

Diese Zusammenstellung wird vielleicht dem Juristen die Beurtheilung ärztlicher Gutachten ein wenig erleichtern und ihn auf etwaige Schwächen der fachmännischen Ausführungen hinführen können. In anderen Fällen wird sie den Juristen veranlassen können, von dem Psychiater über diesen oder jenen Punkt besonders eingehende Erörterungen zu verlangen.

Aber schon wenn das Interesse der Juristen für die civilrechtliche Psychiatrie von neuem geweckt wird, ist der Zweck dieser Zeilen erreicht."

Bibliographie über Kriminalanthropologie und Verwandtes.

4. Quartal 1901. Zusammengestellt von Med.-Rath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Marro: La puberté chez l'homme et chez la femme etc. Nach der 2. italienischen Ausgabe übersetzt. 1901, Paris, Schleicher. 536 Seiten.

Havelock Ellis: The criminal. 3. edition, revised and enlarged, with 40 illustrations. London, Scott, 1901. 419 S. 6 *8*.

Melschin: Im Reiche der Ausgestossenen. Aus den Memoiren eines russischen Sträflings. 1901, Dresden und Leipzig, Minden.

Maack: Wissenschaftliche Zeitschrift für Xenologie. No. 8, September 1901. Rothe-Nummer.

Bohn: Der Fall Rothe. Eine kriminalpsychologische Untersuchung. Breslau, Schottlaender. 2,50 M.

Kende: Die Entartung des Menschengeschlechts etc. Halle, Marhold. 3,— M.

Pelanda e Cainer: I pazzi al manicomio provinciale di Verona nel decennio 1800—90. Torino, Bocca, 1902. 353 S. 7 lire.

Sauermann: Statistisches über Trunksucht. Psych. Wochenschr. 1901, No. 20.

Rauchstein: Die strafrechtiiche Behandlung Geisteskranker. Blätter für Gefängnisskunde. 1901, p. 10.

Lenhard: Die anthropometrischen Messungen und Beschreibungen nach Dr. Bertillon. Blätter für Gefängnisskunde. 1901, p. 260.

Berze: Ueber Trinkerversorgung unter besonderer Berücksichtigung des österreichischen Gesetzentwurfes, die Errichtung öffentlicher Trinkerasyle betreffend (1895). Monatsschrift für Gesundheitspflege. No. 9 und 10, 1901.

Dusson: Considérations psychologiques et medicopédagogiques sur un cas de dégénérescence. Thèse, Bordeaux, 1901.

Duprat: La morale. Paris, Doin, 1901. 400 S.

v. Lilienthal: Die pflichtmässige ärztliche Handlung und das Strafrecht. Nach Ref. im Aerztl. Central-Anzeiger. 1901, No. 44.

Löwenstimm: Eid und Zeugnisspflicht nach den Ansichten des Volkes. Archiv für Kriminal-Anthropologie etc. 7. Bd. 3. und 4. H., p. 191.

Weingart: Detektivinstitute. Ibidem, p. 213.

Stern: Wohin gelangen wir nach Lombroso? Ibidem, p. 227.

Lohsing: Vom Alibi-Beweis. Ibidem, p. 230.

Kowalski: Ueber den Nutzen des Studiums der gerichtl. Medicin für Juristen etc. Ibidem, p. 246.

Nemanitsch: Ein Kannibale. Ibidem, p. 300.

Stoos: Ein fataler Indicienbeweis. Bemerkungen zu diesem Falle. Ibidem, p. 312.

Gross: Ein fataler Indicienbeweis. Gegenbemerkungen zu den Bemerkungen zu diesem Falle. Ibidem, p. 323.

Gross: Todesstrafe und Anarchisten. Ibidem, p. 329.

Löwenstimm: Kriminalistische Studien. 1901, Berlin, Räde.



Hoche: Handbuch der gerichtl. Psychiatrie unter Mitwirkung von Prof. Dr. Aschaffenburg, Prof. Dr. Wollenberg und Dr. Schultze. Berlin, 1901, Hirschwald.

Liersch: Zwangstätowirung zur Wiedererkennung von Verbrechern. Vierteljahrschr. f. gerichtliche Medicin. 3. Folge, 21, 1. 1901.

Penta: Delinquenti e delitti primitivi. Riv. mens. di psich. for. etc. 1901, p. 221.

Ottoviano: Quistioni di procedura medicolegale. Il giurì tecnico. Ibidem, p. 281.

Papagallo: Il dolo nel reato di offesa al pudore publico. Napoli, 1901 (estr.).

Giuffrida-Ruggeri: Sulla distribuzione delle intelligenze superiori in Italia (estr.). Roma, 1901.

Tazzari: Bologna nella criminalità del Cinquecento. Bologna, 1901. 105 S.

Franchi: Procès pénal et anthropologie criminelle. Rapports du 5. Congrès d'anthr. crim. d'Amsterdam 1901.

La Cara: La base organica dei pervertimenti sessuali e la laro profilassi sociale. Torino, 1902. 119 S.

Spasoff: Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et de ses transformations dans les maladies mentales. Thèse de Toulouse.

Rozières: De l'état ponctué et des glandes sebacées de la muqueuse labio-buccale. Thèse de Toulouse.

Reinke: Einleitung in die theoretische Biologie. Paetel, Berlin. M. 16.

Klaussmann: Aus Liebe. Kriminal-psychologische Skizze. Das Buch für Alle, 1902, Heft 6.

Havelock Ellis: Studies in the psychologiy of sex. Sexual inversion. 2. edition, Philadelphia, Davis Company, 1901. 270 Seiten.

Mariani: Criminali austriani. Archivio di psich. etc. 1901, p. 545.

Treves: Intorno alla frequenza ed al significato della striatura ungueale trasversa nei normali nei criminali e negli alienati. Ibidem, p. 549.

Puglia: Criminalità collettiva (Schluss). Ibidem, p. 585.

Ippsen: Cranio e cervello d'un parricida. Ibidem, p. 602.

Portigliotti: Tre casi di polidactilia. Ibidem, p. 603.

Cognetti de Martiis: Nota sullo spazio temperale. Ibidem, p. 609.

Frassetto: La sutura metopica basale nei delinquenta. Ibidem, p. 612.

Cognetti de Martiis: Epilettici delinquenti. Ibidem, p. 614.

Smith: Typical criminals. Popular science, Monthly 1901.

Larger: Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence. Paris, Vigal, 1901.

Capelleti: Uno pseudo-delinquente passionale. Bolletino del Manicomio provinc. di Ferrara. 1901.

Nina Rodriguez: La folie des foules (Fortsetzung). Annales medico-psycholog. 1901, No. 1 et 2.

Woodruff: Gedanken bez. der Aetiologie der Degeneration, im American Journal of Insanity. 1901, No. 2.

Evert: Degeneration. Ibidem, No. 1.

Woodruff: Entartete im Heere. Ibidem, No. 1.

Drew: Entartungszeichen und Typen irrer Verbrecher. Ibidem, No. 4.

Ottolenghi: La suggestione nei reati collettivi e l'individualizzazione della pena. La Sucola. Positiva, 1901, No. 2.

Codeluppi: Mancato uxoricidio per alcoolismo cronico. Ibidem, No. 3.

Codeluppi: Un ladro noto. Ibidem, No. 4.

Muciarelli: Visite militare e criminalità. Ibidem, Ibidem, No. 7.

Mengini: Il furto in Cina e presso la razza mongolica. Riv. di Diritto pen. e Sociol. crim. 1901, No. 4.

De Luca: La classificazione delle delinquenze. Ibidem, No. 6—7.

Sertillauges: La morale ancienne et la morale moderne. Revue philosophique, 1901, No. 3.

Rivière: Les maisons de correction. Revue penitentiaire, 1901, No. 4.

Ferrari: V. Congresso internazionale di antropologia criminale tenuto in Amsterdam dal 9 al 14 septembre 1901. Archivio di psich. etc. 1901, p. 661.

Bruck: Die Gegner der Strafcolonien. Die Woche. 1901, No. 47.

Garnier et Cololian: Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses etc. Paris, Baillière, 1901. 486 S.

Sell: Die Tätowirung als Mittel zur Identification. Tidskrift f. Nordisc. Retzmedicin. Kristiania, 1901.

Scarano: Le neurosi rispetto all' esercito e alla giustizia militare. Napoli, 1901.

Frassetto: Appunti preliminari di craniologia. Anatomischer Anzeiger, 19. Bd. No. 23 und 24.

Giuffrida-Ruggeri: Sui residui della fontanella metopica e medio frontale. Rivista di Bologna gen III, Nr. 4—5.

La Cara: La base organica dei pervertimenti sessuali etc. Torino 1902.

Lombroso: L'anthropologie criminelle et ses récents progrès. Paris, Alcan, 1901.

Tschisch: Die Verbrechertypen in Dostejewski's Schriften. Die Umschau, 1901, No. 49.

Tarde: La criminalité et les phénomènes économiques. Archives d'anthrop. crim. etc. 1901, p. 565.

Garnier: La criminalité juvénile. Ibidem, p. 576.

Ferri: La symbiose du crime. Ibidem, p. 587.

Martin: V. Congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Amsterdam du 7. au 14. sept. 1901. Ibidem, p. 593.

Vaschide et Pelletier: Etude anthropo-psychologique des signes physiques de l'intelligence. Ref. ibidem. p. 664.

Hikmet: Les eunuques de Constantinople. Referat ibidem, p. 665.

Conti: Il sesto congresso penitenziario internazionale. Torino, 1901.



Baroncelli: De la voûte palatine et des mâchoires au point de vue de l'identification judiciaire. Lyon, Storck, 1901.

Laschi: Le crime financier dans la sociologie criminelle, l'histoire et le droit. Lyon, Paris, 1901. 214 S.

Tarnowsky: The sexual instinct and its morbid manifestations from the double standpoint of medical-jurisprudence and psychiatry, done into english by Castello and Allinson. Paris, Carrington.

Hingst: Ein Fall von alleiniger Transposition von Magen und Darmkanal nebst Anomalien des Herzens. Diss. Kiel, 1901.

Virchow: Ueber den prähistorischen Menschen und über die Grenzen zwischen Species und Varietät. Correspond.-Blatt der deutschen Gesellsch. für Anthrop., Ethnologie etc. 1901, Nr. 10.

Ranke: Ueber den Zwischenkiefer. Ibidem.

De Blasio: Delitto e forma geometrica della faccia fria i delinquenti napoletani. Rivista mensile di psich. for. etc. 1901, p. 285.

La Cara: Un caso strano di pervertimento sessuale. Ibidem, p. 301.

Tazzari: Bologna nella criminalità del Cinquecento. Bologna, Zanichelli 1901.

Wachenfeld: Homosexualität und Strafgesetz. Leipzig, Dieterich, 1901.

de Tilla: Studi di Psicopatologia criminale. Napoli, 1901.

Lessing: Der Raritätenbetrug. Die Woche 1901, Nr. 49.

Kalmus: Ein ungewöhnliches Degenerationszeichen an einem Fall von schwerer Entartung. (Coloboma nerv. opt. mit markhaltigen Sehnervenfasern). Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901.

Mörchen: Ueber Dämmerungszustände. Ein Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Bewusstseinsveränderungen. Marburg, Elwert, 1901. 82 S.

Compte rendu des travaux de la 5. session du congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Amsterdam du 9. au 14. sept. 1901. Amsterdam 1901.

Tschisch: Les types criminels d'après Dostojewsky. Ibidem, p. 135.

Franchi: Procès pénal et Anthropologie criminelle. Ibidem, p. 155.

Renda et Squillace: Folie criminelle en Calabre. Ibidem p. 187.

Robinovitch: Sur le devoir du Gouvernement dans la cause de l'empêchement de la naissance et de la propagation de la Criminalité. Ibid. p. 187.

Cutrera: Sur les moyens pour prévenir le crime en Italie. Ibidem, p. 205.

Bombarda: La criminalité chez les animaux. Ibidem, p. 211.

Lombroso: Pourquoi les Criminels de génie n'ont pas le type. Ibidem, p. 215.

Frigerio: La responsabilité pénale des criminels dégénérés sans délire. Ibidem, p. 218.

Frigerio: Criminel homicide par fétichisme érotique. Ibidem, p. 222.

Colojanni: Le socialisme et sa propagande en rapport avec la criminalité. Ibidem, p. 231.

(Schluss folgt.)

* * *

— Auf den Artikel in Nr. 41 der Psychiatrischen Wochenschrift über den „Fall Münch", gestatte ich mir zu bemerken *), dass die darin ausgesprochene Hoffnung, die betheiligten Kollegen werden sich bald in den Spalten dieses Blattes selbst über die einschlägigen Vorgänge äussern, nicht wohl in Erfüllung gehen kann, da ihnen die Befugniss hierzu ohne Verletzung ihrer ärztlichen und amtlichen Verpflichtungen nicht wohl zukommen kann. Darum nur soviel, dass auch die denkbar vollkommenste reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens, Meinungsverschiedenheiten über die richtige Anwendung der Gesetze im einzelnen Falle niemals aus der Welt schaffen wird. Oder fehlt es etwa an solchen über Anwendung des § 51 des Strafgesetzbuches, der §§ 6, 1569 des bürgerlichen Gesetzbuches oder irgend welcher anderer gesetzlichen Bestimmungen? — Eine völlige Entstellung der Thatsachen ist es jedenfalls, wenn in der politischen Presse die Behauptung aufgestellt und breitgeschlagen wird, dass sich die psychiatrischen Ansichten im vorliegenden Falle nach Volkstämmen gegenüberstehen. Die blosse Aufzählung der Namen der seither mit der Angelegenheit befassten Irrenärzte und der Ergebnisse ihrer Gutachten würde dies sofort aufzuzeigen im Stande sein. Ebenso wenig kann eine wesentliche Differenz in den Ansichten der betheiligten Regierungen darin erblickt werden, wenn diese über Massregeln sich einigen, die jedenfalls dem wichtigen therapeutischen Grundsatze der Psychiatrie entsprechen, die Patienten aus den Verhältnissen zu entfernen, in denen sie erkrankt sind. Ist dieser Grundsatz therapeutisch richtig, so muss er auch auf die Beurtheilung der Gefährlichkeit des Kranken sinngemässe Anwendung finden können. Gewissen politischen Tendenzen entspricht es allerdings mehr, die von der preussischen Regierung genannten „äusseren Verhältnisse" in den Beamten der württembergischen Regierung zu suchen, anstatt Erwägungen darüber anzustellen, nach welchen Richtungen und in welchem Umfange durch das eigene Verhalten des Herrn von Münch veränderte Beziehungen geschaffen worden sind. Kreuser.

Bem. d. Red. Die in Nr. 41 am Schluss der Mittheilung über den Fall Münch erwähnte Nr. der „Schwäbischen Tagwacht" ist beschlagnahmt worden.

*) Kurz vor dem Ausdruck dieser Nr. eingegangen.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Dr. Riemschneider, bisher Assistenzarzt an der Provinzial-Irren-Anstalt Schwetz a. V. ist in gleicher Eigenschaft an der Provinzial-Pflege-Anstalt Neustadt i. Holstein angestellt worden. An seine Stelle ist getreten Dr. Bethe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) — **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. — **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. — **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 43. 18. Januar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Paranoiafrage.

In Anlass der letzten Veröffentlichungen zu dieser Frage erlaube ich mir das Wort zu ergreifen, weniger um in eine Polemik einzutreten, als um weitere Belege für die Herrschaft der Gefühle im Seelenleben des Menschen beizubringen. Was von der Pathologie im Allgemeinen gilt, das gilt auch vom pathologischen Seelenleben; es ist nur eine Modification des normalen Seelenlebens und folgt denselben Gesetzen. Wenn sich also zeigen liesse, dass im gewöhnlichen Geschehen die Gefühle zuerst da waren und für das ganze Leben das Grundlegende bleiben, so dürfte daraus allein gefolgert werden, dass ein so fundamentales Gesetz sich nie umkehren könne. Selbstverständlich aber wird der Psychiatrie dadurch nicht die Pflicht erspart bleiben, die Existenz dieses Gesetzes auch in der Psychopathologie ausdrücklich nachzuweisen. Will man den Einfluss der Gefühle auf das Vorstellungsleben untersuchen, so muss man zweierlei Thätigkeit und Wirksamkeit der ersteren auseinanderhalten, eine continuirliche und eine episodische oder temporäre. Unter der continuirlichen Wirksamkeit der Gefühle ist die individuelle Characteranlage zu verstehen; sie giebt die ganze Richtung und Tendenz für das Leben des Individuums an; unter episodischer Wirksamkeit der Gefühle ist der Einfluss der Motive und Affecte zu rechnen, welche bei jeder Gedankenverbindung und Handlung mit thätig sind und die nur lebhaftere, momentane Bewegungen der continuirlichen Gefühle, der beständigen Neigungen und Strebungen des Individuums sind. Da zunächst vom normalen Seelenleben die Rede sein soll, so dürfte es angebracht sein, einmal zu fragen, wie die Forscher und Beobachter auf anderen, nicht medicinischen Gebieten sich zu dem Verhältniss zwischen Gefühlen und Intellect stellen? Zuerst denke ich hierbei an die Geschichtsforscher, welche beständig eine psychologische Analyse der historischen Persönlichkeiten anzustellen haben. — Wodurch überragten einzelne Persönlichkeiten ihre Umgebung in Thaten und Gedanken, waren es ihre Geistesfähigkeiten im engeren Sinne oder ihre Charactereigenschaften, edlen oder unedlen Leidenschaften? Ich citire zwei Urtheile über Napoleon I. Der Generalfeldmarschall v. Boyen kritisirt in seinen Denkwürdigkeiten und Erinnerungen 1771—1813 p. 182—210, Bd. II. den russischen Feldzug Napoleons; sein Urtheil fällt recht ungünstig aus; er zeigte, dass dieser Feldzug eine Kette von Versehen gewesen und er erklärt die Handlungsweise und das Vorgehen Napoleons in Witebsk und Smolensk aus der Stimmung eines leidenschaftlichen Mannes und bis dahin glücklichen Kriegers, dessen Berechnung, wie das die Regel ist, den Leidenschaften unterworfen war. Der Wunsch nach einer Entscheidungsschlacht lag in seinen Verhältnissen und in seinem Character. Alles treibt zu



der Ansicht, dass der durch früheres Glück gesteigerte Dünkel ihm einen Theil seines sonstigen Scharfblicks geraubt hatte, und dass er nicht die moralische Kraft hatte, sich das Fehlerhafte seines Unternehmens zu gestehen. P. 198 sagt der Autor wörtlich: „wenn Napoleon seine Schlachtengier nur 48 Stunden gefesselt und Anstalten zum Brückenschlagen gemacht hätte (Smolensk), so hätten die Russen ihm die Stadt ohne Schwertstreich überlassen". Noch deutlicher drückt sich Delbrück in seinem Leben des Feldmarschalls Gneisenau aus. Bd. II, p. 203, sagt er in Bezug auf die Schlacht bei Belle-Alliance Folgendes: „Es ist die Natur der grossen Entschlüsse, sie entstehen nicht aus sorgfältiger Abwägung aller günstigen und ungünstigen Chancen diesseits und jenseits. Sie sind nicht so sehr ein Product des Verstandes, als der an sich selbst und den Erfolg glaubenden Kühnheit des Characters". Ueber Wellington urtheilte er p. 215 anders: „Es ist die Eigenthümlichkeit seines Charakters, die ihn zum Vertheidiger macht, grade wie alle anderen grossen Generale zu Angreifern. Die erhabene Leidenschaft, sei es des Ruhmes, sei es des Hasses, ohne welche wir uns fast einen Kriegshelden nicht zu denken vermögen, wurde bei Wellington ersetzt durch eine Kaltblütigkeit die nie dem rechten Moment vorgriff". Diese zwei Citate mögen genügen. Es ist also die Initiative nicht möglich und denkbar ohne Leidenschaften. Ebenso gehört, wie mir scheint, im Reiche der Gedanken, der Wissenschaften zu grossen und neuen Ideen Freiheitsdrang und Muth. Nur vom Freiheitsdrang getragenes Denken schüttelt die Autorität eines wissenschaftlichen Dogmas ab und wagt gegen Autoritäten aufzutreten, ohne alle Chancen überblicken zu können. Einem schüchternen und pedantischen Menschen kommt das nicht in den Sinn, ja ich meine, ihm stellen sich kühne und neue Ideen überhaupt nicht zur Verfügung; seine Gedanken wandeln auf der Heerstrasse der eingeübten Associationen. Aus eigener Erfahrung weiss fast jeder, dass ihm in heiterer angeregter Stimmung, aber auch nur in solcher, neue Ideen kamen, auch wo er sie gar nicht suchte. Wer sich vorher eingehend mit seinem Gegenstande beschäftigt und Kenntnisse in seinem Gedächtniss aufgespeichert hatte, der kann in solchen Momenten brauchbare Einfälle haben, wer ohne die nöthigen Kenntnisse seinen Einfällen vertraut, der producirt natürlich oberflächliche und unbrauchbare Ideen. Nur bei Geistern, die mit einem lebhaften, erregbaren Temperament begabt sind, treten in Stunden ernster Arbeit oder im Gespräch oder auch in schwierigen Lagen glückliche Gedanken hervor, die vorher schlummerten. Die angeborene, continuirliche Erregbarkeit der Gefühle äussert sich bei diesem Anlass im Affect, und dieser treibt die Gedanken zu verstärkter Thätigkeit an. Das sind die sogenannten treibenden Affecte. Es herrscht, glaube ich, unter den Psychologen heutzutage kaum eine Meinungsverschiedenheit darüber, dass die Gefühle und Triebe das Grundlegende, Primäre sind, sowohl in der Entwickelung, wie im späteren Leben. Schopenhauer drückt das so aus, dass der erwachende und weitergeleitete Intellect nur die Rolle des Beobachters, Kritikers und Rathgebers dem fertig vorgefundenen Wesen des Individuums gegenüber spielt. Vorgebildet sind im Individuum die individuellen Triebe und das Drängen nach Befriedigung der Bedürfnisse und Neigungen. Sehr eingehend behandelt dieses Verhältniss zwischen den Gefühlen und dem relativ spät erwachenden Denken Baumann in seiner Arbeit über Willens- und Characterbildung (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie Bd. I, Heft 3, 1897). Er sagt, p. 23 und 24, Triebe sind dunkele Bewusstseinszustände (oft auch Gefühle genannt) mit unmittelbarer Tendenz zur Handlung, die sich erst durch ihre unwillkürlich ausbrechende Bethätigung über sich selbst klar werden. Wissenstrieb, Ehrtrieb, künstlerischer Gestaltungstrieb, alles was man natürliche Neigung, Hang, Art eines Menschen nennt, gehört hierher. Auf p. 50 und 51 bespricht der Autor die verschiedenen Temperamentsarten; als Eintheilungsprincip dienen die Eindrucksfähigkeit und Nachhaltigkeit nach formaler Seite, nach der inhaltlichen giebt es eine grosse Zahl von Hauptrichtungen oder Grundeigenschaften. Ganz besonders wichtig für die uns beschäftigende Frage aber ist das Werk von J. Türkheim „Zur Psychologie des Willens", Stahelsche Verlags-Anstalt in Würzburg 1900. Auf p. 140 sagt der Autor: „Mit der Zeugung st der zukünftige Character fertig, es giebt nur noch Entwicklung, keine Neubildung mehr." Dieses wird dann ausgeführt, auf p. 149—170. — Auf die Frage, welcher Einfluss kommt den Gefühlen bei der Entwickelung der geistigen Gebilde zu, und in welchem Verhältniss stehen Vorstellen und Wollen zu einander? antwortet Türkheim, die Annahme eines nur anschauenden, reinen Verstandes ohne Voluntas, ohne treibende Kräfte ist zurückzuweisen (p. 89). Die Motive, Interessen sind es, welche als Gefühle Vorstellungen, Gedanken und Gedankenverbindungen schaffen. Die Gefühle sind es, welche das Kommen und Gehen der Vorstellungen, das Auf- und Niederwogen der Gedanken bestimmen. Die jeweils herrschende Gemüthserregung erzwingt sich für die entsprechende Vorstellungsreihe die Aufmerksamkeit (p. 90). Durch Rückerinnerung an Ereignisse



werden Gefühle geweckt; zwischen Gefühl und Vorstellung kommt eine organische Verbindung zu Stande, das eine erscheint nicht mehr ohne das andere im Bewusstsein (p. 100). Es folgt eine Eintheilung der Gefühle und ihre unterscheidenden Merkmale (p. 105 und ff). — Wenn nun die Vorstellungen in der Weise mit der Gefühlssphäre organisch verbunden sind, dass sie gleichsam nur eine Abstraction der ersteren darstellen, so kann die Emancipation von der Gefühlssphäre doch nur eine relative, kurz dauernde sein, und der positive Beweis für ein reines Verstandesirresein, bei dem die Gefühlssphäre nicht erkrankt wäre, dürfte schwer zu erbringen sein. — Weil nun die Gefühle und Vorstellungen bei dem entwickelten Menschen organisch und unzertrennbar mit einander verbunden erscheinen, darum ist es oft in einem gegebenen Moment schwierig die Priorität des einen der beiden deutlich zu demonstriren, und daran liegt es ja wohl, dass noch Meinungsverschiedenheiten herrschen. Ferner sind die Gefühle oft unbestimmt, vage, diffus und es kostet Mühe sie bewusst zu deuten. Verschiedene Gefühle, wie diejenigen, die durch eine spontan wieder erwachende Sorge, Trauer oder durch Reue oder endlich durch rein körperliches Unwohlsein hervorgerufen werden, haben dieselben Lokalzeichen d. h. dieselben körperlichen Empfindungen und lassen sich nur nach langem Besinnen deuten, nachdem man in seinem Gedächtniss nach Vorkommnissen gesucht hat. Noch schwieriger wird die Erklärung, wenn mehrere Umstände zusammen wirken und sich summiren oder theilweise aufheben; dann giebt man sich oft mit sehr ungenügenden und willkürlichen Erklärungen zufrieden. Der wahre Zusammenhang bleibt dunkel. So treibt ein Gefühl zu Grübeleien, Muthmassungen, zuletzt zu Ueberzeugungen, indem es der agent provocateur ist, der den Geist in die Irre führt, anstatt ihn auf Schritt und Tritt zu leiten. Das Gefühl erzwingt sich die Aufmerksamkeit, der Geist hat aber so viel freien Spielraum, um im Kreise herumzuschweifen, von einer centralen Kraft festgehalten. — Die erwachende junge Liebe ist zuerst ein unbestimmtes, quälendes und irreführendes Gefühl; erst allmählich entdeckt der Mensch die Wahrheit, den wahren Grund der Unruhe. Das Gefühl lenkte und leitete die Gedanken gleichsam an einem langen aber festen Seil, und die Gedanken konnten anfangs nicht entdecken, dass sie nicht frei waren in der Wahl ihrer Richtung. So geht es auch in anderen Situationen. Wer die Rechte und Interessen seiner Nation anderen gegenüber mit Feuer vertritt, ist ebenso blind wie der Liebende; der Unbetheiligte durchschaut die Einseitigkeit der aufgeführten Gründe wohl. Darum braucht Niemand gegen seine nächsten Verwandten zu zeugen. Wie mit der Liebe und mit dem Patriotismus, so steht es mit der Religion; hier haben aber die gelehrtesten Männer seit lange festgestellt, welchen Antheil das Gefühl an derselben hat, und welchen der Verstand. Das Dogma ist die That des letzteren, alles Uebrige Gefühl und Phantasie. In diesen Beispielen ist der Antheil und die Wirksamkeit der Gefühle kein Geheimniss, sondern allbekannt und dennoch verbirgt sich dieser Antheil oft dem Individuum, welches von dem Gefühl ergriffen ist; wie viel mehr muss das auf anderen, weniger analysirten Gebieten der Fall sein. An diesen Beispielen aber sieht man wie Gedankenoperationen des Verstandes grosse Wegestrecken relativ selbständig zurücklegen, während die Gefühle scheinbar kein Wort mitreden; dennoch haben sie offenbar die Richtung vorgezeichnet, in welcher die Gedanken laufen. Dieser Antrieb, diese Vis a tergo der Gefühle lässt sich in manchen Geschehnissen vielleicht nur vermuthen, und ebenso merkt man nicht die Wirkung der Gefühle, welche die Gedanken mit magnetischer Kraft zu einem bestimmten Ziele hinziehen. Gerade auf den Gebieten der Liebe, des Patriotismus und der Religion stösst man auf Verblendung, die hart an Paranoia heranstreift. Und so wird der Hergang bei wirklicher Paranoia wohl ein analoger sein. Es giebt gewiss einen krankhaften Patriotismus, nur das kleine Ich spielt dort nicht die Rolle, sondern ein erweitertes. Fühlt ein Mensch sich unbehaglich, beunruhigt wegen neurasthenischer Sensationen, so forscht er immer nach der Ursache. Der Eine sucht sie in seinem Körper, der Andere in Personen, Umständen des Hauses oder der Oeffentlichkeit; das hängt von der individuellen Erfahrung und Gewohnheit ab. Findet ein physisch und moralisch kräftiger Mensch keine wirkliche Ursache, so giebt er das Grübeln auf und vergisst die Sache. Es ist ein Gesetz, dass „jedwede Gefühlserregung nach relativ kurzer Zeit abblasst", sagt Specht in seiner Arbeit (über den pathologischen Affect in der chronischen Paranoia, Erlangen und Leipzig 1901). Und p. 23 sagt er: „Welche Berufsart ist frei von täglich neuen Anlässen zu affectiver Erregung, insbesondere Aerger und Verdruss, und wie bald hat man sich zu relativem Gleichmuth durchentwickelt. Wer es aber nicht gekonnt oder wieder verlernt hat, der gerade gilt ja in seiner Stimmungsreaction als abnorm." Soweit ist gewiss die „Erregbarkeit, Nachhaltigkeit und Einseitigkeit" das einzige Krankhafte bei diesem Vorgange. Die Gedanken kehren immer wieder zum Ausgangspunkt zurück, nicht für Stunden oder Tage, sondern in infinitum. Hier steht eigentlich der Mensch am



Scheidewege, und darum lohnt es wohl die Frage aufzuwerfen, wodurch überwindet der Gesunde diese Zwangsgedanken? Die physische Seite des Vorganges ist unbekannt, aber die Erfahrung lehrt, dass die Lebhaftigkeit der Gedanken nach einigen guten Nächten abgeblasst ist; wo das aber nicht der Fall ist, der Schlaf sogar gestört bleibt, nennen wir es reizbare Schwäche des Nervensystems; das ist natürlich eine physiologische Betrachtung, keine psychologische. Psychisch äussert sich der Vorgang, wie immer, complicirter. Der Mensch kämpft gegen seine Grübeleien, indem er die Gedanken abzulenken sucht durch Vergnügen, Zerstreuung oder ernste Arbeit. Rasch schwindet aber dieser Seelenzustand nur, wenn ein neues erschütterndes Ereigniss eintritt, dann ist die Macht des Zwanges fast mit einem Male gebrochen, die früheren Gedanken treten zurück. Also ein neuer Affect besiegt den Zwang oder die Sucht zu grübeln. Arbeit mit ihren leichteren Erregungen vermochte das nur langsam zu bewirken. Beim Gesunden wird das Vergangene durch die Gegenwart besiegt. Beim cerebralen Neurastheniker dagegen ist das Interesse für die Arbeit resp. die Empfänglichkeit für neue Gefühle und Affecte schon herabgesetzt. Er klebt an der Vergangenheit. Ein anderes Ansehen bekommt dieses Bild, sobald die Vorstellungen sich eine eigene Bahn eröffnen und neue Vorstellungen erzeugen; dem Suchen und Spähen nach einem Ausweg, einer Erklärung kommt nun eine formende, schaffende Thätigkeit der Gedanken entgegen. Diese Gedankenthätigkeit ist die Phantasie, und die neugeborene Idee ist eine Intuition. Wer keine Phantasie hat, der bleibt bei dem fruchtlosen Grübeln. Die Intuition ist immer plötzlich und überraschend da, im gesunden wie im kranken Leben. Sie hat aber im letzteren Fall viel mehr Verlockendes; es wird das Grübeln über diese neue Idee fortgesetzt, weil sie an das Vorhergegangene anknüpft. — Dieser Mensch ist Dir am Ende feindlich gesinnt, es liegt zur Annahme Grund vor; man hält Dich am Ende für einen Dieb, jene Fragen konnten so gedeutet werden; jenes Frauenzimmer interessirt sich für Dich, das konnte aus ihren Worten und Mienen entnommen werden. Hier helfen Erinnerungen mehr als gleichzeitige Beobachtungen; fast immer recurriren die Kranken auf ihre Erinnerungen, das lehrt die Erfahrung. Ist die Idee aufgetaucht, dann erst bekommt das unbehagliche Gefühl eine concrete Spitze, nun erst kann es als Misstrauen, Eigenbeziehung im Allgemeinen bezeichnet werden. Ein gegenstandsloses Misstrauen scheint mir ein Widerspruch zu sein. Dieses krankhafte Misstrauen mit der zugehörigen Vorstellung entsteht wohl wahrscheinlich bei denjenigen Menschen, die im normalen Leben misstrauisch waren, oder wie Störring (Vorlesungen über Psychopathologie, Leipzig, 1900) p. 338 u. 39 sagt: „Wir sahen also, dass die Verfolgungsideen bei Verrückten sich in vielen Fällen im Anschluss an häufiges Auftreten von begründetem Misstrauen entwickeln“ und „durch häufiges Wiederholen des misstrauischen Affects setzt sich bei dem Individuum allmählich eine misstrauische Stimmung fest“. Bis zu diesem Zeitpunkt herrscht auch unter den Autoren eigentlich keine Meinungsverschiedenheit, wie Specht auf p. 20 und 21 nachgewiesen hat. Zu der Stimmungsanomalie ist nun ein Inhalt hinzugekommen oder er bildet sich eben. Jener verliebte Jüngling kennt den Gegenstand seiner Liebe nicht, aber er geräth in Verzweiflung darüber, dass das Mädchen sich ihm nicht zu entdecken wagt und darüber in Sehnsucht vergeht. Er will sie suchen, er will sich aus Verzweiflung das Leben nehmen. Eines Tages erscheint er gefasst und heiter. Er habe sich entschlossen, die Gedanken an das Frauenzimmer abzuweisen, sagt er; er müsse an sein Geschäft denken, das sei seine einzige Pflicht. Aber wie lange blieb er Herr seiner Gedanken und seines Willens? nicht einen halben Tag. — Wenn diese Kranken gewöhnlich über den Moment der Empfängniss ihrer jungen Idee schweigen, so geschieht es, wie man ihnen leicht ansieht, nicht sowohl deswegen weil sie selbst daran zweifeln, vielleicht ist auch das bisweilen der Fall, sondern weil sie fürchten, die Umgebung, der Arzt, könnte sie verspotten, die zarte Lieblingsidee, welche ihnen in ihrer Lage eine Art Trost und Stütze bietet, mit profanen Händen anfassen und zerpflücken. Sie machen den Eindruck, als wenn sie in ihre Idee verliebt wären, wie jeder Mensch, der auf dem Wege ist eine wichtige Entdeckung zu machen; auch der Paranoiker, welcher auf dem Wege ist die Welt durch seine Ideen zu beglücken, hütet sie noch mit der Sorgfalt einer Mutter und hegt ähnliche Gefühle. Ich glaube, dieses Verhältniss hat Bleuler übersehen, wenn er in seiner Arbeit „Zur Genese der paranoischen Wahnidee“, psychiatrische Wochenschrift Nr. 25, 1901, sagt: „Nicht einmal der weitere Begriff der Eigenbeziehung genügt zur Erklärung der megalomanischen Formen“. Ob das Wort „ich“ ausdrücklich vorkommt oder nicht, ist gleichgiltig, alle Fasern des Gemüths sind bei der Idee betheiligt. Auch der Gesunde ist bei der Conception einer wichtigen, glänzenden Idee nicht kaltblütig; ich glaube, sein Puls geht schneller und seine Hände zittern, und er empfindet den Stolz einer Mutter auf ihr neugeborenes Kind. Ist aber einmal diese Stufe erreicht, steht der Kranke so zu seiner



Idee, dann ist der weitere Weg vorgezeichnet. Ich weiss nicht, von welchem grossen Denker der Satz herstammt: Der allergeringste Irrthum in der Art und Weise, eine Sache anzufassen, verursacht schliesslich die erheblichsten irrthümlichen Abweichungen; da kann das kleinste Versehen in der Verzweigung des Gedankenganges heranwachsen wie eine Eichel zur Eiche. Dieser Satz ist wie berechnet auf die Weiterentwicklung des paranoischen Wahns. Von nun ab ist eigentlich jede weitere Schlussfolgerung das Gegentheil von der Wahrscheinlichkeit und Wirklichkeit. Sie bleibt formal richtig, ist aber inhaltlich überschlau, sophistisch, gezwungen ausgeklügelt, und dem nüchternen Verstande zuwiderlaufend. Wie gesagt, der logische Apparat wirkt ganz prompt, nur erscheint dem Individuum das Unwahrscheinlichste als das Annehmbarste, weil hier Geheimnisse, eine Mystification im Spiel ist und Verstecken gespielt wird. Hier entwickelt das Misstrauen seine ganze Gewalt. Die Aufmerksamkeit muss doppelt angestrengt, die Wachsamkeit vermehrt werden; eine Fährte hat sich gefunden und sie wird mit doppeltem Eifer verfolgt. Je weniger weitere Anzeichen und Belege gefunden werden, desto stärker wird das Verlangen weiter zu suchen und zu forschen. Grade die scheinbare Harmlosigkeit im Betragen und sich Geben einer Person, grade die scheinbar gewöhnliche Physiognomie der Verhältnisse lassen die Absicht vermuthen, dass gravirende, wichtige Umstände verheimlicht werden. Hier also arbeiten die Gedanken offenbar unter einem tyrannischen Sporn und Zügel. Auch hierfür bieten sich Analogien im normalen Leben, nur blasst dort, wie oben ausgeführt, in relativ kurzer Zeit der Eifer ab. Mehr oder weniger nimmt bei jedem, der in die Enge getrieben ist, der Eifer in dem Maasse zu, wie die Gründe schwach sind. Bei leidenschaftlichen Menschen sehen wir es gewöhnlich, dass sie ihre Meinung um so eigensinniger vertheidigen, auf je schwächeren Füssen sie steht. Selbst ein Göthe hat bekanntlich keine von seinen Arbeiten mit solcher Heftigkeit und Gereiztheit vertheidigt wie seine Farbenlehre. Das Pathos muss oft die Gründe ersetzen und erwacht auch immer in solcher Lage. Der Paranoiker leidet an Rechthaberei und das Bewusstsein seiner überlegenen Schlauheit schmeichelt ihm. Es ist doch nicht zu bezweifeln, je mehr ein Mensch seinen Leidenschaften unterworfen ist, desto leichter geräth er auf Irrwege.

Ich bin überzeugt, dass sich gegenwärtig die Ansicht siegreich Bahn gebrochen hat, nach welcher auch in der chronischen luciden Paranoia die Gefühle die Basis und der Spiritus rector sind, unter deren Einfluss und Deutung die Vorstellungen operiren.

Störring sowohl wie Specht haben durch ihre positiven Nachweise, wie durch ihre Widerlegung der gegentheiligen Anschauung, die Frage eine grosse Strecke gefördert und weiter über die Natur der Gefühle, welche den Verfolgungswahn und die übrigen Formen der Paranoia verursachen, Untersuchungen angestellt.

Störring gelangt zu einer ganzen Reihe von Sätzen, welche die Entwickelung der Paranoia stützen und erklären können. So hebt er mit Recht hervor, p. 339: „durch häufiges Wiederholen des misstrauischen Affects setzt sich bei dem Individuum allmählich eine misstrauische Stimmung fest“. Auf p. 343 und 44 hebt er gegen Meynert hervor, dass die Erfahrung nicht bestätigt, dass der Kranke aus seinem Misstrauen auf Verfolgung schliesse. Eine solche Schlussfolgerung macht der Kranke gewiss nicht. Auf p. 347 sagt Störring: „Dass eine bestimmte Gefühlslage zu einer einseitigen Fixirung von Vorstellungen tendirt, welche mit gleichen oder ähnlichen Gefühlszuständen einhergehen, muss man sich so verständlich machen, dass die betreffenden Vorstellungen an der ihrem Gefühlscharacter entsprechenden Gefühlslage stärkeren associativen Anschluss finden, als Vorstellungen, die von anderem Gefühlscharacter begleitet sind“. p. 346. „Einseitige Reproduction, einseitige Fixirung und Verfälschung der Vorstellungen ist bedingt durch emotionelle Anomalie“.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— Die Frage der Errichtung einer **psychiatrischen Klinik** in **Breslau** scheint in Fluss zu kommen. Kürzlich weilten nämlich zwei Räthe aus dem preuss. Cultusministerium bezw. Ministerium der öffentlichen Arbeiten daselbst und besichtigten ein für die künftige psychiatrische Klinik angebotenes Gelände.

— Die neuen Preise der Pariser Akademie der Medicin sind für die Jahre 1902 und 1903 ausgeschrieben worden. Der Zahl nach sind es über hundert, in den meisten Fällen im Werthe von je 1000 Francs und darüber. Da zu den Bewerbungen theilweise auch Ausländer zugelassen sind, so seien einige Preisaufgaben hier mitgetheilt. Der Preis Audiffred, der eine Rente von 24 000 Francs darstellt, kann für eine hervorragende medicinische Arbeit ohne Rücksicht auf ein bestimmtes Gebiet vergeben werden. Ein Preis von 2000 und ein weiterer von 1200 Francs steht für die beste Arbeit über die Behandlung



von Geisteskrankheiten zur Verfügung, ein weiterer von 2300 Francs für das beste Werk über Schmerzbetäubung, ein Preis von 3000 Francs für die Erforschung der Epilepsie und der Nervenkrankheiten. Für einen 1800 Francs betragenden Preis wird eine Abhandlung über die Melancholie verlangt. Ausserdem sind noch für eine Reihe anderer Themata psychiatrisch-neurologischer Natur Preise ausgesetzt. Der Gesammtwerth der Preise beläuft sich auf gegen 140000 Francs. Genauere Mittheilungen giebt das letzte Heft des Pariser „Progrès Médical" und der „Gazette des Hôpitaux" vom vorigen Jahrgang (durch die Red. erhältlich).

— Ueber nervöse Erkrankungen in Lehrerkreisen will ein Specialarzt für Nervenleiden eingehende Untersuchungen anstellen. Er will zu diesem Zwecke Fragebogen an die Lehrerschaft versenden und hat sich mit der Bitte um Unterstützung an den geschäftsführenden Ausschuss des Deutschen Lehrervereins gewendet. Für die Berliner Volksschullehrerschaft liegt in den Ermittlungen der städtischen Schuldeputation bereits ein Material vor, das wenigstens darüber Aufschluss giebt, wie oft nervöse Störungen den Anlass zur Gewährung von Urlaub bilden. Die Zahl dieser Fälle ist nicht gering. Im Schuljahre 1900/1901 erhielten Urlaub von 2744 Lehrern (einschliesslich Rectoren) 604, von 1407 wissenschaftlichen Lehrerinnen 504, von 441 Fach- und technischen Lehrerinnen 109. Unter den Gründen der Beurlaubung war die Gruppe „Nervenkrankheiten" (zumeist „Nervosität" und „Neurasthenie") vertreten: bei den Lehrern 75 mal, bei den wissenschaftlichen Lehrerinnen 77 mal, bei den technischen Lehrerinnen 15 mal. Es mussten also wegen Störungen beurlaubt werden: von den Lehrern etwa jeder 37., von den wissenschaftlichen Lehrerinnen jede 18., von den Fach- und technischen Lehrerinnen jede 29., im besonderen von den beurlaubten Lehrern etwa jeder 8., den wissenschaftlichen Lehrerinnen jede 7., den Fach- und technischen Lehrerinnen jede 7.

— Norwegische psychiatr. Zeitschrift. Unter der Redaction von Henrik Dedichen erscheint in Christiania eine neue medicinische Vierteljahrsschrift, die „Zeitschrift für nordische Rechtsmedicin und Psychiatrie." Die vorliegenden beiden ersten Hefte des Jahrg. 1901 enthalten eine umfassende, noch nicht abgeschlossene gerichtlich-medicinische Arbeit Dedichens über die Ehe und ihre Folgen, welche einen besonderen Abschnitt über das ärztliche Berufsgeheimniss und das Recht der Zeugnissverweigerung einschliesst. Weiter folgen Aufsätze von Soren Hansen: Ueber die Geschichte der gerichtlichen Medicin iu Dänemark, von Chr. Geill: Ueber einige Fälle von Sadismus, und von demselben: Ueber Identification durch Tätowirungen. — Die Anordnung des Herausgebers, dass den Originalarbeiten eine kurze Inhaltsangabe in französischer Sprache folgt kann nur als sehr zweckmässig bezeichnet werden. Den Schluss des zweiten Heftes bildet eine Zusammenstellung von Referaten und Bücherbesprechungen. Mercklin.

Referate.

— 6. Jahresbericht des Kgl. Crichton-Instituts; Dumfrics.

Aus dem Jahresbericht für 1900 von Fr. James Rutherford, der eine der besten Irrenanstalten Schottlands, wie dies bei den — jährlich zweimal, von je einem Commissionar in Lenary ausgeführten — Inspectionen auch diesmal wieder anerkannt wurde — dirigirt, entnehmen wir:

Behandelt wurden im Berichtsjahr 914; Bestand am Schluss: 343 m. 391 w. = 734, worunter 428 Privatpatienten. Neu aufgenommen wurden 72 m. 87 w. = 159; entlassen und geheilt 70 (49,6 %), gebessert 42; es starben 24 m. 26 w. = 50 (6,9 %), von ihnen 22 über 60 jährige. Die statistischen Tabellen, in denen das Material für das Berichtsjahr und zum Vergleich für die Zeit von 1871 ab, nach allen Richtungen hin — ausgenommen bz. der Aetologie — durchgearbeitet ist; Angaben über die projectierten Neubauten, über die Farm, die Villen (nach dem System von Alt-Scherbitz, jedoch jede mit eigner Küche) sind im Original nachzulesen. Ein Assistent arbeitet lediglich im pathologischen Laboratorium; eine Schwedin massirt und leitet die gymnastische Behandlung. Dr. R. wendet sich gegen das häufige Verfahren, die Fälle, in denen die geistige Störung gegen das 20. Jahr auftritt, erst aufs Land oder auf Reisen zu schicken. Ihre Behandlung in der Anstalt gebe i. A. günstige Resultate; die Aufnahme erst nach 4—5 Jahren zeigt solche Kranke schon als Demente. Nahezu alle alten Anstaltskranken, besonders Männer, mit Symptomen von einfacher Demenz ohne Sinnestäuschungen sollen an solchem Jugendirresein gelitten haben.

Aus der zur Anstalt gehörigen Stiftung erhielten 89 Patienten Beihilfe von zusammen 28,000 Mark.

Kornfeld.

— L'influence des excitations sensorielles sur le travail u. s. w. Von Ch. Féré. Extract des comptes rendus des séances de la société de Biologie 1901.

F. hat den Einfluss verschiedener sensorieller Reize mittels des Ergographen studiert und zwar hauptsächlich im Verlauf der Ermüdung. Licht erhöht gegenüber der Dunkelheit die Arbeitsleistung, vermindert die Ermüdung. Von farbigem Licht wirkt erregend und die Leistung vermehrend besonders das rothe. Bei der Untersuchung des Einflusses von Gehörsreizen war die Wirkung von Trommeln auffallend. Der Einfluss von Geruchs-, Geschmacks- und Hautreizen ist ein ganz ähnlicher. Bei komplizierten sensoriellen Erregungen, z. B. beim Rauchen, tritt die Erhöhung der Kraftauslösung noch evidenter auf. — Gegenüber dem ungünstigen Einfluss gewohnheitsmässigen Alkoholgenusses bewirkt der Alkohol sowohl in Ruhe- wie im Ermüdungsstadium eine unmittelbare Erhöhung der Arbeitsleistung. Schon der Durchgang durch die Mundhöhle ergiebt eine solche Wirkung, was bisher entgangen zu sein scheint; ja die Wirkung scheint grösser zu werden, wenn er vor dem Verschlucken eine Weile in der Mundhöhle verweilt. Es scheint also auch hier die vom Alkohol direkt ausgehende sensorielle Wirkung wichtig zu sein, wie



die Alkoholpräparate lehren, welche gleichzeitig auf den Geruch einwirken. In dieser Hinsicht sind die von F. mitgetheilten vergleichenden Untersuchungen von Interesse, angestellt mit Kornbranntwein, Baldrianessenz, Absynth, Anisessenz u. s. w. Eine ganz ähnliche Wirkung bewirkt die Bouillon. Komplizirter ist die Wirkung von Gewürzen, welche auch auf Geruch und Geschmack wirken. F. hat sie in getrennter wie gleichzeitiger Wirkung untersucht. Ueberall werden die ergogrammatischen Resultate in anschaulicher Weise mitgetheilt.

Die beobachteten Wirkungen beschränken sich aber nicht auf die Erhöhung der Muskelleistung, auch die elektrische Erregbarkeit, die Sehschärfe u. s. w. werden beeinflusst, und es lässt sich sonach sagen, dass die Erregung e i n e s sensoriellen Organs die Erregbarkeit der Anderen erhöht. Kellner (Hubertusburg).

— Archives de Neurologie 1901. Nr. 62. S. 97.

Deux nouveaux cas de folie gemellaire par le Dr. F. Culbre, médecin direkteur de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-You.

Mittheilung von je einem weiblichen und einem männlichen Doppelfalle von Zwillingsirresein. Es handelt sich bei allen Kranken um Formen von der Kräpelin'schen Dementia präcox in ihrer charakteristischen Erscheinungsweise. In 3 Fällen, besonders den beiden weiblichen überwog die einfache Demenz, z. T. mit katatonischen Symptomen verbunden, in dem 2. der männlichen Fälle traten mehr paranoische Symptome in den Vordergrund. Bei den Männern waren als Anfangserscheinungen Anfälle von acuter Verwirrtheit bez. acutem hallucinatorischen Irresein bei bestehender Intoleranz gegen Alkohol zu beobachten. Den Untergrund der Psychosen bildeten regelmässig Erblichkeit, Degeneration sowie geistige Schwäche von Jugend an. Verfasser, der die Nothwendigkeit betont, bei den Psychosen nicht auf die Zustandsbilder ein so grosses Gewicht zu legen, sondern mehr die Entwicklung, den Verlauf und Ausgang der Psychose zu berücksichtigen, kommt im Gegensatz zu anderen französischen Autoren zu dem Schluss, dass ebensowenig wie bei gesunden Zwillingen eine völlige Gleichheit zu beobachten wäre so auch nicht bei deren Psychosen, es wäre nur eine mehr oder weniger weitgehende Aehnlichkeit namentlich in der Art der Entstehung, in Bezug auf den Boden, auf dem sie sich entwickeln, zu konstatiren, während der weitere Verlauf grössere oder geringere Verschiedenheiten aufweisen könnte.

— Nr. 63. S. 193.

Edute sur trois cas de maladie nerveuse familiale, mal définie à allures de paraplégie spasmodique transitoire par E. Lenoble, ancien interne des Hopitaux de Paris, médecin suppléant de l'Hôpital civil de Brest.

In ein nnd derselben Familie und zwar bei dem Vater und 2 Söhnen kommt folgendes Krankheitsbild zur Beobachtung: es stellen sich im jugendlichen Alter bei der Beschäftigung (Feldarbeit) plötzlich lähmungsartige Schwäche eines oder beider Beine, heftige Schmerzen an verschiedenen Stellen der betr. Extremität, Gefühl von Abgestorbensein, Kältegefühl und Kribbeln ein, es folgen Abmagerung der Extremitäten, etwas stampfender Gang, Nachschleppen eines Beines, leichte Spasmen, bei der Untersuchung werden Atrophien mässigen Grades, gesteigerte Patellarsehnenreflexe, leichter Romberg, in einem Falle Bewegungsstörungen in den Zehen, herabgesetzte Muskelkraft an den Füssen festgestellt. Die Erkrankung zeigt Neigung in Attacken aufzutreten, geht aber nach mehrmonatlichem Bestehen bis auf unbedeutende Reste zurück, ganz besonders dann, wenn die Kranken ihre Beschäftigung aufgaben. Eine elektrische Untersuchung wurde nicht gemacht.

Verfasser hält Ischias, sclérose en plaques, Muskelatrophie, spastische Paralyse für ausgeschlossen, neigt auch nicht zur Annahme einer periodischen traumatischen Lähmung, er glaubt vielmehr, dass es sich um eine Art von organischer Erkrankung im Rückenmark handelt, die Anklänge an die spastische, familiäre Tabes zeigt und bezeichnet sie als einen besonderen Typus der familiären, spastischen Paralyse, die sich als vorübergehend, gutartig und vollkommen heilbar ausweise. R i e b e t h -Eberswalde.

— M ö b i u s. Ueber den Kopfschmerz. Halle a. S. 1902, Carl Marhold. Preis M. 1,—.

Es ist zweifelhaft, ob jeder „Gebildete“, an den sich hier Möbius wendet, ihm stets wird folgen können, wenn von Gehirnhaut, Trigeminus, Recurrens etc. die Rede ist, ob für ihn derartige Kenntniss überhaupt besonders erspriesslich ist. Dem Arzte sagt M. nichts wesentlich Neues, gleichwohl aber ist die Schrift auch für diesen anziehend und anregend, insofern M. bestrebt ist, die Menge von Gesichtspunkten, welche bei dem so verbreiteten Leiden in Frage kommen, einheitlich zu beleuchten und durch vergleichende Verwerthung der Symptome den Entstehungsbedingungen und der Genese dieser immerhin noch wenig erkannten Beschwerden nahezukommen.

Die Ursachen für den Kopfschmerz können mechanische und chemische sein. Die letzteren sind die weitaus häufigsten, und so sucht auch M. die Erklärung in „Kopfschmerz-Veränderungen“ weniger physikalischer als hauptsächlich chemischer Natur, sei es bei Fieber, Obstipation, Bleichsucht, Migräne, Ermüdung u. dgl., wozu aber das gesammte Gebiet der modernen Nervosität gehört, deren Hauptursache wie Hauptcharacter das r a s c h e, h a s t e n d e Leben bildet. Aus reicher Erfahrung betont er alles, was bei der Untersuchung des einzelnen Falles zu berücksichtigen sei. — Bei der Behandlung der Nasenkrankheiten als Ursache weist er hier auf die diagnostische Kraft des Jod und warnt vor zu lange fortgesetzter chirurgischer Behandlung jener.

Dem Rufe „zur Natur zurück“ legt M. selbst keine grössere werbende Kraft bei. — Seiner Ansicht von der hauptsächlich chemischen Natur der „Kopfschmerz-Veränderung“ entspricht die Betonung der Wichtigkeit chemischer Behandlung, zu der freilich auch manche physikalische Maassnahmen gehören dürften wie absolute Ruhe etc. K e l l n e r -Hubertusburg.



Bibliographie über Kriminalanthropologie und Verwandtes.

4. Quartal 1901. Zusammengestellt von Med.-Rath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

(Schluss.)

Clark Bell: La sentence indéterminée à New-York. Ibidem, p. 234.

Parnisetti: Anomalies du Polygone arteriel de Willis chez les criminels, en rapport aux altérations du cerveau et du cœur. Ibidem, p. 236.

Moll: Le médecin comme expert dans les délits contre la pudeur. Ibidem, p. 250.

Dénis: Le socialisme et les causes économiques et sociales du crime. Ibidem, p. 256.

Sutherland: Résultats de la Déportation en Australie. Ibidem, p. 270.

Poppee: L'expertise de l'écriture des délinquants. Ibidem, p. 278.

Lombroso et Audenino: Contribution à l'étude de l'asymmetrie de pression de sang chez les épileptiques, les prostituées et les criminels. Ibidem, p. 282.

Carrara: Les petits Criminels de Cagliari. Ibidem, p. 286.

Carrara: Le couple criminel du mandant et du mandataire dans la criminalité de sang. Ibidem, p. 290.

Gina Lombroso: Sur les reflexes cutanés chez les criminels et chez les normaux. Ibidem, p. 295.

Bérillon: Les applications de l'hypnotisme à l'éducation des enfants vicieux ou dégénérés. Ibidem, p. 302.

Eula: Alcoolisme et criminalité. Ibidem, p. 308.

Lombroso: Les dernières recherches de l'anthropologie criminelle après 1897. Ibidem, p. 309.

Falco: Quelques observations sur les applications de l'anthrop. crim. en tenant compte spécialement de la prophylaxie du crime. Ibidem, p. 329.

Zuccarelli: Sur la nécessité et sur les moyens d' empêcher la réproduction des hommes les plus dégénérés. Ibidem, p. 239.

Legrain: Le récidivisme en matière d'ivrognerie: état mental des récidivistes et remèdes. Ibidem, p. 344.

Sutherland: La nécessité et la pénalité. Ibidem, p. 347.

Tschisch: La criminalité comparée des Esthes et des Lettoniens. Ibidem, p. 351.

Tschisch: L'affaiblissement psycho-physique de la personnalité, une des principales causes du crime. Ibidem, p. 355.

Voisin: Statistique et fonctionement de l'école de réforme de la Salpetrière. Utilité de la création des écoles de réforme. Ibidem, p. 360.

Van Kaan: Les causes sociales de la criminalité. Ibidem p. 365.

Antonini: Sur la nécessité d'éloigner les criminels aliénés des asiles comuns. Ibidem, p. 369.

Antonini: La dégénérescence et la criminalité chez les pellagreux. Ibidem, p. 371.

Mariani: La criminalité latente et les obsessions homicides. Ibidem, p. 377.

Mariani: La folie qui engendre la criminalité. Resumé. Ibidem p. 381.

Struelens: Quelques considérations sur la délinquance juvénile et sur quelques mesures prises en Belgique pour enrayer son développement. Ibidem, p. 385.

Treves: Du réflexe inspiratoire et de son absence chez un criminel-né épileptique. Ibidem, p. 391.

Treves: Les caractères anthropologiques des ongles. Ibidem, p. 392.

Baer: Ueber den „criminel-né" und den „type criminel". Discussion. Ibidem, p. 434.

Romiti: Sur les caractères anatomiques des cadavres des criminels, étudiés à l'Institut d'anatomie de l'université de Pisa. Ibidem, p. 494.

Herzheim: Character und Schädelform. Berlin, Siegismund, 1901.

Peipers: Consanguinität in der Ehe und deren Folgen für die Descendenz. Allgem. Zeitschr. für Psych., Bd. 58, p. 793.

Schütze: Der Lebensgang eines Fälschers von Legitimationspapieren und behördlichen Stempeln. Arch. f. Kriminal-Anthrop. etc. 8 Bd. H. 1, 1901.

v. Manteuffel: Wettbureaux und Totalisator in Deutschland. Ibidem, p. 26.

Pollak: Betrug in Sinnesverwirrung. Ibidem, p. 38.

v. Schrenck-Natzing: Die Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit etc. Ibid., p. 57.

H. Gross: Zur Beweisfrage. Ibidem, p. 84.

Näcke: Bericht über den Verlauf des 5. internationalen Kriminalanthropologischen Congresses zu Amsterdam vom 9. bis 14. Sept. 1901, nebst wenigen, darauf bezüglichen allgemeinen und speziellen Randglossen.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— In Bad Elgersburg hat sich Herr Dr. P. Klaus als Specialarzt für Nervenkrankheiten niedergelassen, in Dresden Dr. Hans Haenel ebenfalls als solcher.

— Stockholm. Gestorben ist der durch seine Studien auf dem Gebiete der Anatomie des Nervensystems bekannte Forscher Prof. Dr. Axel Key.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 41, S. 414, sollte in der untersten Zeile der ersten Spalte statt „Vf." „Ref." stehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 44. 25. Januar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Bemerkungen zur Frage der sogen. zellenlosen Behandlung und einigen anderen einschlägigen Fragen.

Von *Dr. Clemens Neisser*, Oberarzt an der Provinzial-Irren-Anstalt zu Leubus.

Zu den in allerletzter Zeit erschienenen Aufsätzen und Erörterungen über einige praktisch-therapeutische Fragen, insbesondere über die sogenannte „zellenlose Behandlung", möchte ich mir einige kurze Bemerkungen gestatten. Dieselben können in der That kurz sein, da alles Prinzipielle schon eingehend und wiederholt von verschiedenen Seiten dargelegt worden ist.

Die einzige der hierher gehörigen Fragen, welche prinzipiell noch keineswegs genügend geklärt ist und für deren Entscheidung, wie ich meinen möchte, noch eine Reihe wissenschaftlicher Vorarbeiten zu leisten sind, ist die Frage nach dem Nutzen oder Schaden der Darreichung von narkotischen Mitteln, namentlich in solchen Fällen, wo eine sehr wiederholte Anwendung von solchen im Voraus zu gewärtigen steht. Auf den kontroversen Standpunkt der Autoren in Bezug auf diese so wichtige Frage habe ich schon vor Jahren (Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 50. „Noch einmal die Bettbehandlung der Irren") unter beispielsweiser Wiedergabe der diametral entgegengesetzten Anschauungen von Ludwig Meyer einerseits und von Flechsig andererseits aufmerksam gemacht. Inzwischen hat meines Wissens nur Hoppe seinen sehr radikalen Standpunkt zur Frage der Darreichung von Schlafmitteln an unruhige Geisteskranke, vor welcher er allgemein warnen zu müssen glaubt, eingehender dargelegt (Referat auf der Jahresversammlung deutscher Irrenärzte zu Hannover 1897), woran Forel in der Diskussion noch radikalere und summarischere Warnungen anschloss.

In der allgemeinen Form, in welcher Hoppe's Ausführungen gehalten sind, sind sie als Richtschnur für das therapeutische Handeln im Einzelfalle nicht zu verwerthen; wohl aber legen sie die Schädlichkeit oder doch mindestens die Ueberflüssigkeit einer schablonenmässigen Darreichung von Schlafmitteln an „Unruhige" dar. Da namentlich bei einem stagnirenden Krankenmateriale in der Behandlung chronischer Anstaltsinsassen sehr leicht ein gewisser Schlendrian einreissen kann, mag eine solche Warnung ihre Berechtigung haben. Doch nicht minder berechtigt dürfte die Forderung sein, dass eine solche Frage nicht ausschliesslich oder in erster Linie von dem Gesichtspunkte möglichen Missbrauchs aus beurtheilt werde. Ich meinerseits bin, wie ich schon früher ausgesprochen habe, im Laufe der Zeit immer mehr



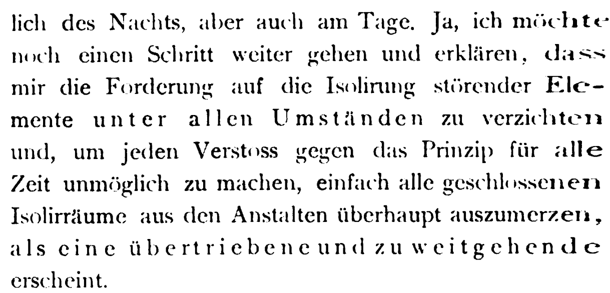
dazu gekommen in der Therapie der Psychosen die Aufgabe täglich für ausreichenden Schlaf zu sorgen, für eine der dringlichsten zu halten. *Ist es doch eine immer von Neuem zu machende klinische Erfahrung, dass die meisten Erregungszustände und Erregungssteigerungen sich an schlaflos verbrachte Nächte anschliessen bezw. mit solchen einleiten.*

Dass dieses Ziel durch diätetische, physikalische und psychische Behandlungsmethoden sowie geeignete sonstige arzneiliche Verfahren (wofür *Scholz*-Bremen neuerdings wieder einige lehrreiche Beispiele angeführt hat) in erster Linie anzustreben ist, brauche ich nicht besonders hervorzuheben, aber ich glaube unbedingt, *dass Narkotika in vielen Fällen unentbehrlich und von grossem Nutzen sind* und dass andererseits die Schädlichkeiten, welche vielen narkotischen Mitteln anhaften, sich im Allgemeinen übersehen und beherrschen lassen. Auf eine eingehende Begründung dieses übrigens gewiss von Vielen getheilten Standpunktes muss ich an dieser Stelle verzichten und kann dies um so eher thun, als auf der Versammlung zu Karlsruhe kürzlich diese Frage zur Diskussion gestellt worden ist und die betreffenden Referate noch nicht vorliegen.*)

Hier möchte ich nur in praktischer Hinsicht die Frage stellen: *wie verfährt Herr Hoppe bezw. was empfiehlt er zu thun, wenn ein oder mehrere Kranke* — ich lasse zunächst ganz dahingestellt, um was für Kranke es sich handelt — *so lärmen oder in anderer Weise so störend sind, dass ihre schlafbedürftigen Nachbarn nicht Ruhe finden können?* Die Rücksicht auf diese Letzteren erheischt doch im gegebenen Falle eine *momentane* Abhilfe. Die Anwendung der Hydrotherapie bei Nacht kann nur eine begrenzte sein; wenn nun Narkotika perhorrescirt werden und der Arzt nicht einfach mit verschränkten Armen zusehen will, so bleibt doch nur eine Absonderung der störenden Elemente übrig. Ob man das nun „Separiren" oder „Isoliren" oder in dem liebenswürdigen *Scholz*'schen Plaudertone „Wegstecken" nennt, das ändert an der Sache meines Erachtens nichts. Und damit wären wir bei der Frage der *zellenlosen Behandlung* angekommen.

Nachdem von mehreren Autoren in dieser Frage meine Stellung zur Sache zum Gegenstande kritischer Erörterung gemacht worden ist, fühle ich mich zu dem offenen Geständniss genöthigt, dass ich auch jetzt noch nicht weiss, wie man es in **allen** Fällen erreichen kann ohne Isolirung auszukommen, nament-

*) Der Aufsatz ist Anfang November verfasst.


lich des Nachts, aber auch am Tage. Ja, ich möchte noch einen Schritt weiter gehen und erklären, dass mir die Forderung auf die Isolirung störender Elemente *unter allen Umständen* zu verzichten und, um jeden Verstoss gegen das Prinzip für alle Zeit unmöglich zu machen, einfach alle geschlossenen Isolirräume aus den Anstalten überhaupt auszumerzen, *als eine übertriebene und zu weitgehende* erscheint.

Ich hätte nicht geglaubt, dass ich jemals in die Lage kommen könnte den Gegnern der Isolirung meinerseits opponiren zu müssen, nachdem ich selbst seiner Zeit wegen meiner entschiedenen Stellungnahme gegen das Isolirungsverfahren angegriffen worden bin. Ich darf vielleicht daran erinnern, dass ich bereits im Jahre 1890 (Berlin. klinische Wochenschr. Nr. 38) berichten konnte, dass an 176 Tagen des abgelaufenen Jahres in der Männer-Abtheilung hierselbst *kein einziger Kranker* isolirt worden war, *auch nicht für Stunden!*

Dass also eine Vermeidung der Isolirung in sehr weitem Umfange möglich ist und zwar, wie ich glaube, ohne Schädigung der Mitkranken, ist mir vollauf bewusst. Noch mehr, ich gebe rückhaltslos zu, dass selbst bei längerer Erfahrung es vorkommen kann, dass man die in dieser Hinsicht sich bietenden Schwierigkeiten im Einzelfalle immer wieder zu überschätzen geneigt ist. So ist es beispielsweise, was ich gern hervorhebe, dem jungen Collegen *Alter* hier bei Uebernahme der vorher mir unterstellten Damen-Pensionsabtheilung in kurzer Zeit gelungen einige verpfuschte alte Fälle an Bettruhe und Ordnung zu gewöhnen. Es bleibt natürlich abzuwarten, ob es auf die Dauer gehen wird und wie der in der Uebergangszeit vermehrte Gebrauch narkotischer Mittel vertragen wird, aber zunächst ist es jedenfalls möglich gewesen, die recht unerfreulichen Zustände, die bei dem früheren relativen Gewährenlassen im Einzelzimmer sich entwickelt hatten, zu bessern. Aber die Schwierigkeiten, welche hier zu überwinden waren, waren, wenn ich so sagen darf, mehr lokaler und traditioneller Natur; in der *öffentlichen* Anstalt würden gerade diese Elemente oder Krankheitszustände — es handelte sich insbesondere um eine chronisch maniakalische*) und zwei paranoische Kranke mit verrotteten Gewohnheiten — ohne Mühe in das Gesammtregime von je einzufügen gewesen sein. Es giebt aber doch andere Fälle, welche für die Bett-

*) Die betreffende Kranke befand sich *seit 13 Jahren* in ununterbrochener schwerer maniakalischer Erregung. Nach kurzer Zeit der Bettruhe ist jetzt der Umschlag in ausgeprägte Depression erfolgt.

und Bäderbehandlung, überhaupt für die Behandlung in Gemeinsamkeit mit anderen Kranken, also ohne Isolirung — mindestens eine Zeit lang, manchmal selbst durch Wochen und Monate, unüberwindliche Schwierigkeiten darbieten. Einen solchen Fall habe ich in meinem Pariser Congress-Referate kurz skizzirt (gegenwärtig ist die betreffende Patientin wieder in der gemeinsamen Abtheilung), einen andern Fall der Art theilt Hoppe selbst in seinem letzten, oben citirten Aufsatze mit. Hoppe zieht aber daraus eine unerwartete Consequenz, indem er in der Besprechung des Falles sagt: „Es ist möglich, dass unter anderen Umständen, auch in diesem Falle die Isolirung zu umgehen gewesen wäre". Unter welchen Umständen dies hätte angenommen werden können, nachdem Hoppe eine wirksame Anwendung sowohl von Bädern als auch von Narkoticis in diesem Falle für ausgeschlossen erklärt hat, ist leider nicht des Näheren ausgeführt. Es ist nun sehr lehrreich die mitgetheilte Krankengeschichte etwas näher zu studiren. Daselbst heisst es:

5. 9. Hat einen Kranken ohne Grund gegen die Brust gestossen.

11. 9. Hat einen Kranken, der ihn neckt, ein Paar Schläge in's Gesicht gegeben. Im Uebrigen unverändert, steht viel an der Glasthür, stösst mit den Füssen gegen dieselbe und verlangt schreiend heraus.

12. 9. Hat einen Kranken, der ihn zur Ruhe verwies, auf den Kopf geschlagen.

28. 9. Hat in der Nacht wieder zwei Kranke geschlagen, dem Einen gab er ein Paar Ohrfeigen, mit dem Andern kam es zum Kampfe.

In der nächsten Folgezeit wurde der Patient, wie Hoppe zusammenfassend schildert, „immer unleidlicher und aggressiver". Statt im Einzelzimmer zu bleiben, kampirte er fast fortwährend auf dem Corridor . . . stand Stunden lang an der Thür (scil. des Corridors!), schlug an dieselbe und schrie aus Leibeskräften, dass man ihm öffnen solle . . . er kam häufig mit den Insassen der anderen Einzelzimmer in Conflict und schlug bei jeder Gelegenheit auf sie los . . . Im Wachsaal war er noch störender und absolut unmöglich, die Versuche ihn im Bade zu halten scheiterten, so oft sie wiederholt wurden, an dem ganz ungeberdigen Wesen des Patienten . . . " „Und da die Klagen über den Patienten sich mehrten und von mir gefordert wurde, endlich Abhilfe zu schaffen, so musste ich schliesslich im Dezember 1898 in die Isolirung willigen".

Man beachte die Daten! Vom September bis December, über ein Vierteljahr wurde der oben geschilderte Zustand, wobei fortwährend andere Kranke geschlagen wurden, geduldet und dann glaubt Hoppe noch für die Thatsache, dass er in die Isolirung des Patienten gewilligt hat, einer besonderen Entschuldigung zu bedürfen durch den Hinweis, dass von ihm gefordert wurde „endlich Abhilfe zu schaffen!" Ein solch starres Festhalten an einem Princip halte ich einfach für eine Verirrung! Ob dem betreffenden Patienten nicht doch durch methodische Anwendung von narkotischen Mitteln die schlimmste Krankheitszeit hätte abgekürzt und gemildert werden können, darf ich nicht zu entscheiden wagen. Dass aber der Nachtheil, den etwa die zeitigere Isolirung für diesen Kranken mit sich gebracht hätte, in gar keinem Verhältnisse steht zu den Nachtheilen, Aufregungen und Plackereien, welche die anderen Kranken durch denselben haben in Kauf nehmen müssen, das wird wohl jeder Unbefangene zugestehen. Wie oft habe ich bei der Behandlung solcher und ähnlicher Fälle, wenn ich zeitweise ohne Isolirung nicht auskommen konnte, gewünscht in Erfahrung zu bringen, in welcher Weise ich hätte zweckmässiger vorgehen können, um die Durchführung der zellenlosen Behandlung auch in solchen Fällen zu ermöglichen! Stand ich bisher auf dem resignirten Standpunkte, dass es an mir oder vielleicht an der Unzulänglichkeit hiesiger Einrichtungen läge, dass ich das, was anderwärts angeblich gelingt, nicht zu erreichen vermocht habe, so bin ich durch Hoppe's Publikation darüber belehrt worden, dass der Maassstab, der an verschiedenen Orten an die Durchführbarkeit der Behandlung angelegt wird, ein völlig differenter ist und ich stehe nicht an zu erklären, dass ich solche Verhältnisse, wie er sie um die Isolirung auch nur eines Kranken zu vermeiden, in seiner Abtheilung Monate lang geduldet hat, für ganz unerträgliche halte und auf das Entschiedenste Einspruch dagegen erheben möchte, dass ein solches zuwartendes Verfahren als ein vom Geiste der modernen Therapie gefordertes angesehen werde. Hoppe selbst konstatiert zwar in diesem Falle einen Misserfolg der Therapie, aber anscheinend nur darum, weil schliesslich eine länger dauernde Isolirung des Patienten auch von ihm nicht vermieden werden konnte, und trotz dieser Erfahrung möchte er die Beseitigung auch der letzten auf der Abtheilung vorhandenen Zellthüren ausdrücklich für wünschenswerth halten, „damit die Möglichkeit der Isolirung ein für allemal ausgeschlossen ist". Glücklicher Weise sind so schwierige Kranke, wie der Hoppe'sche, nicht allzu häufig anzutreffen, aber ähnliche Fälle auch



wiederum nicht so selten, dass sie schlechterdings als Ausnahme gelten dürften. Aber auch, wenn es sich um etwas weniger schwierige Elemente handelt, so können die nämlichen Unzuträglichkeiten entstehen, wenn zufällig einmal eine Häufung von solchen sich zusammenfindet. Und in dieser Beziehung hat Degenkolb gegenüber Kalmus sicher Recht, wenn er die uneingeschränkte Verallgemeinerung der in Lübeck bis jetzt gewonnenen Erfahrungen für unzutreffend erachtet. Die begeisterten Ausführungen von Kalmus und der moralische Appell von Wattenberg können die Thatsache, dass es solche schwierige Elemente giebt, nicht aus der Welt schaffen, und da nicht der Arzt es ist, welcher die Plage des Zusammenseins zu ertragen hat, sondern andere Kranke, so darf er auch nicht ruhig zuwarten, bis die dringende Forderung an ihn herantritt endlich Abhilfe zu schaffen, sondern er hat meines Erachtens die unabweisbare Verpflichtung gröbere Störungen unter allen Umständen fernzuhalten. Dass es in weitaus der Mehrzahl der Fälle gelingt dieser Aufgabe ohne das immerhin rohe und mechanische Auskunftsmittel der Isolirung der störenden Elemente gerecht zu werden, ist einer der erfreulichsten Erfolge unserer modernen therapeutischen Bestrebungen und ganz gewiss haben die radikalen Vorkämpfer der zellenlosen Behandlung an diesem günstigen Ergebniss ein erhebliches Verdienst, das ihnen ungeschmälert bleiben soll. Vorläufig aber muss ich auf Grund der hiesigen Erfahrungen daran festhalten, dass es Fälle giebt, welche unseren bisherigen therapeutischen Methoden trotzen und wo die Isolirung im Vergleich mit den ohne dieselbe sich entwickelnden Zuständen das kleinere Uebel darstellt. Die völlige Beseitigung der Isolirräume will mir deshalb zunächst nicht als eine zweckmässige Maassregel erscheinen.

Bei Anwendung der sogenannten Deckelbäder mag es allerdings in manchen Fällen gelingen auf Isolirung zu verzichten, wo sonst ohne dies Hilfsmittel nicht auszukommen wäre. Während Kalmus mittheilt, dass in Lübeck solche nicht in Gebrauch sind, tritt Scholz-Bremen neuerdings wieder energisch für ihre Anwendung ein, wobei er allerdings den hölzernen Deckel „aus ästhetischen Rücksichten" — derselbe erinnere zu sehr an das bekannte Marterholz der Chinesen — durch festes Segeltuch ersetzt wissen will. Man könne in denselben nicht eine einfache Zwangsmaassregel erblicken, da hier der Zwang, wenn man von einen solchem sprechen dürfe, nicht als Selbstzweck sondern nur als Mittel um eine Heilvorrichtung sicher zu stellen, auftrete, in ähnlicher Weise wie derselbe bei der Zwangsfütterung, bei den Operationen selbst geistesgesunder Personen unbedenklich allerseits angewendet werde. Ich kann dies nicht als zutreffend anerkennen, sondern meine nach wie vor, dass die Applikation von Deckelbädern bei unruhigen und widerstrebenden Geisteskranken auf viele Stunden und Tage Dauer, im Wesentlichen nur eine andere und schlimmere Variante der Isolirung darstellt, schlimmer darum, weil der Körper für lange Zeit eine bestimmte Haltung einzunehmen mechanisch genöthigt wird, dass es dem Patienten sogar unmöglich gemacht wird beispielsweise bei einem am Kopfe auftretenden Juckreize, bei Belästigung durch eine Fliege oder Mücke etc. sich selbst zu helfen. An dem Nutzen der Dauerbäder ist nach allseitig übereinstimmender Erfahrung nicht zu zweifeln. Wo aber zu ihrer Durchführung für längere Zeit Deckelbäder erforderlich sind — glücklicher Weise bedarf es dieses Hülfsmittels in den meisten Fällen nicht — scheint mir doch die dadurch gegebene mechanische Absonderung und Unschädlichmachung der störenden Elemente sicherer gewährleistet als der therapeutische Effekt. Ich halte sie deshalb nicht für empfehlenswerth. Jedenfalls sollte man, wenn man sie anwendet, unumwunden zugestehen, dass man ein Zwangsmittel nicht glaubt entbehren zu können.

Beiläufig möchte ich im Anschluss hieran erwähnen, dass ich mich kürzlich sogar gezwungen sah in einem Falle, ohne dass eine chirurgische Verletzung vorlag, durch längere Zeit die Zwangsjacke und weiterhin noch andere Beschränkungsmittel anzuwenden, — nicht aus therapeutischen Rücksichten, sondern lediglich weil ich ohne dieselben nicht auszukommen vermochte!

(Schluss folgt.)

Zur Paranoiafrage.

(Schluss.)

Diese und viele andere Sätze sollen als aus der Erfahrung abgeleitete Regeln gelten. Auch Specht hebt p. 27 und 28 hervor, dass es der Wahnlehre neben der Wahnentwickelung obliegt auch ihre Uncorrigirbarkeit zu begründen, und findet die Erklärung dafür in dem von Friedmann aufgestellten und erhärteten Satz, dass jedwede festgeknüpfte Association subjective Realität besitzt. Die Fixirung des Wahns ist eine Erscheinung, welche dem Laien und dem jungen Psychiater gar nicht in den Verstand will, da-



her die fortwährenden Versuche, dem Kranken seinen Wahn auszureden. Die psychologische Erklärung dieses Phänomens ist gewiss auch noch nicht fertig. Bei der Melancholie glaubt man sie sicher gefunden zu haben; der fortdauernde Affect unterhält den Wahn, und im Allgemeinen wird es sich ja wohl auch so verhalten, obgleich doch nicht jeder Melancholiker Wahnideen producirt. Der Vorgang mag sich auch hier complicirter abspielen als man vermuthet. In gleicher Weise wie für den Melancholiker nimmt nun Störring den Affect allein in Anspruch zur Erklärung der Uncorrigirbarkeit des Wahns. Nach meiner Erfahrung muss ich mich mehr der anderen Ansicht zuneigen, die von Friedmann und Specht vertreten wird. Meinen Standpunkt zu dieser Frage habe ich in der Arbeit über die Entwickelung der Wahnideen und Hallucinationen aus dem normalen Geistesleben, Riga, 1897, p. 31 und 32 so formulirt: „Ganz anders verhält sich der Kranke nach langem Bestande der Paranoia zu seinen Wahnideen. Einfach durch Gewöhnung und Uebung werden ja auch im gesunden Leben die verkehrtesten und verderblichsten Ansichten und Neigungen zur zweiten Natur, zu Bestandtheilen der geistigen Persönlichkeit. Was man sich unzählige Male wiederholt hat, das ist einfach zu einer Thatsache geworden, und die Art der daran sich knüpfenden Associationen ist ebenso erstarrt. Beide vollziehen sich fortan automatisch ohne Dazwischentreten neuer Ueberlegungen und Erwägungen, wie eine fest eingeübte complicirte Muskelleistung". Ich stelle mir vor, dass dem Kranken die Genese der Wahnideen längst entfallen ist, und dass sie sich ihm einfach als Erfahrungsthatsachen darstellen. Meine Beobachtungen lehren mich, dass, ganz abgesehen natürlich von vielfachen, intercurrenten Schwankungen bei Stimmungswechsel, im Ganzen der logische Apparat immer selbständiger d. h. unabhängiger von Gefühlen, an seinem System weiter arbeitet. Es tritt eine relative Unabhängigkeit von Gefühlen und Affecten auf. Die Gedanken sind auch hier wie im gesunden Leben von Gefühlen in eine bestimmte Richtung geworfen worden (Vis a tergo), im weiteren Verlauf legen sie ganze Strecken selbständig zurück, ohne sich doch emancipiren zu können von den Ausgangsideen, vielmehr verwirren sie sich immer weiter in ihrem Labyrinth. Wo ich den Hergang durch Jahre habe verfolgen können, da habe ich gefunden, dass die weitere geistige Arbeit des Paranoikers eine Detailarbeit, ein Ausbau in Einzelheiten hinein ist. Sie greifen einen Theil ihres Gedankenkreises heraus und vertiefen sich immer mehr in denselben. So z. B. wähnte ein solcher Kranker ungünstig beeinflusst, zurückgesetzt, auch physisch gequält zu werden; seiner Neigung nach wollte er sich materiell einschränken, aber auch gerne selbst noch erwerben. Nun entstand der Wunsch weniger zu essen und ein einfacheres Zimmer zu erhalten, dann aus dem vermeintlich Ersparten Bücher anzuschaffen. Weiter trat er immer dringender mit dem Wunsch hervor, mit einem anderen Kranken das Zimmer theilen zu dürfen und anstatt der Zeitschriften Schulbücher zu erhalten. Er verschrieb sich ein Programm für die unteren Gymnasialklassen und fing zu rechnen an und Uebersetzungen anzufertigen. Diese immer weitergehende Specialisirung bedeutet ja auch eine Einengung des Gesichtskreises; es ist das, was man allgemein bei Paranoikern beobachtet, ein Zusammenschrumpfen des Ideenkreises. Eine solche gleichzeitige Detailarbeit muss, nach meiner Meinung, mit einem Nachlass des Affects verbunden sein. Selbst die ernstesten Verfolgungsideen oder physikalischen Quälereien werden kaltblütiger ertragen und analysirt. Andererseits überzeugen wir uns an Paranoikern, dass ihr Gemüth mit der Zeit überhaupt erkaltet, und die relativ geheilten, die in das Familienleben oder sogar in einen Beruf zurückkehren, sind gemüthliche und moralische Defectmenschen, und es ist nicht rathsam, ihnen verantwortliche Stellungen, Geld u. dgl. anzuvertrauen. Wenn sie reizbar, heftig und aufbrausend werden, so bedeutet das eine Recrudescenz der ganzen Krankheit. Also während der Ruhepausen der Krankheit zeigen sie sich gemüthlich stumpfer als im gesunden Leben, aber die Wahnideen sind nicht geschwunden. Das ist es, was mich annehmen lässt, die Gefühle und Affecte spielten nicht mehr die wichtige Rolle wie in den frischen Stadien, und der logische Apparat arbeite hier mehr nach seinen eigenen Gesetzen. Das, was die Ideen festhält bei dem Gegenstande, ist und bleibt wohl die centrale Kraft eines Gefühls, aber die einzelnen Operationen tragen nicht mehr den Gefühlston an sich, sie scheinen mechanisirt zu sein und zuletzt fast automatisch abzulaufen; wenn solche chronische Paranoiker z. B. auf Entlassung aus der Anstalt drängen, so pflegen sie dabei ihre Motivirung mit denselben Worten, wie einen auswendig gelernten Vers, herzusagen und beachten die Einwendungen so wenig, dass man sieht, sie fassen den Sinn derselben nicht; als Antwort erfolgt derselbe Vers, ohne Bezugnahme auf die Worte des Arztes. —

Die Frage ist nun, welche Gefühle sind es, die der chronischen, luciden Paranoia zu Grunde liegen? Zur Beantwortung dieser Frage ist es wichtig, daran zu erinnern, dass die Paranoia im engsten Sinne oder

die chronische, lucide, combinatorische Form derselben, fast ohne Hinzutreten irgend eines fremden, neuen Elementes aus dem natürlichen, angeborenen Character des Individuums herauswächst oder, wie man auch sagen könnte, im natürlichen Character präformirt beschlossen liegt. Das ist der Unterschied zwischen dieser Form der Paranoia und dem senilen sowie dem juvenilen Irrsinn, bei deren Entwickelung die senile Involution resp. die Pubertät, d. h. wichtige Umwälzungen im ganzen Organismus, eine mehr oder weniger causale Rolle spielen. Demgemäss zeigt die Paranoia auch in ihrer Entwickelung so verschiedenartige Mischungen von characteristischen Zügen und Eigenthümlichkeiten wie die Charactere leidenschaftlicher Menschen überhaupt. Das Misstrauen ist als der für die Paranoia maassgebende Affect bezeichnet worden, aber er ist wohl nur ein Element in dieser Mischung. Was den häufigsten Fall betrifft, im sog. Verfolgungswahn, so scheint mir die Scala der Gefühle, die ein solcher Kranker durchläuft, etwa folgende zu sein: zuerst veranlasst ihn ein unklares, undefinirbares Angst- oder Beklemmungsgefühl, nach einer Erklärung zu suchen und zu beobachten; dann meint er eine Fährte gefunden zu haben; er beachtet weiter von einem gewissen Gesichtspunkt aus Personen und Verhältnisse, d. h. er betrachtet alles mit Misstrauen; meint er die Aufklärung gefunden zu haben, so mischt sich Befriedigung, ja Stolz hinzu und daran schliesst sich die Vorbereitung von Gegenmaassregeln, also Entschlossenheit und Kampfesbereitschaft. Zum eigentlichen Kampf kommt es bei der combinatorischen, langsam vorschreitenden Paranoia selten; der Kranke steht meist übermächtigen Feinden gegenüber, aber über Massregeln sinnt er, die zu ergreifen, harmlose aber auch gefährliche Schutzmaassregeln. — Wähnt er zu triumphiren über Intriguen und Feinde, so erwacht ein maassloses Selbstbewusstsein und ungeheuerliche Grössenideen. Dieser Uebergang vollzieht sich aber nicht durch Schlussfolgerung, logischer Operation, das ist wohl noch nie nachgewiesen worden, sondern die einander folgenden Gefühle sind in der Naturanlage des Kranken neben einander stark entwickelt gewesen. Wenn Jemand leicht misstrauisch wird, so war in ihm das Misstrauen rege, wenn er hartnäckig auf dem eingeschlagenen Pfade beharrt, so war er eigensinnig. Wenn Jemand überschwänglich stolz wird, weil er einen guten Einfall gehabt hat, so war er von Natur eitel und zur Selbstüberschätzung geneigt u. s. w. Zum Theil sind wohl auch zwei und mehr Gefühle gleichzeitig thätig, wie Furcht und Hoffnung, im Misstrauen, in der Vorbereitung zum Kampf. Von solchen Mischaffecten ist mit Recht die Rede in der Arbeit von Specht und in derjenigen von Bresler, cf. psychiatrische Wochenschrift, II. Jahrgang Nr. 43 und III. Jahrgang Nr. 16. Wenn ich Bresler in der Anmerkung zur erstgenannten Arbeit recht verstanden habe, so meint er mit Interferenz antagonistischer Affecte eine temporäre gegenseitige Paralysirung oder einen Stillstand derselben. Das ist aber doch bei den Gefühlen nicht der Fall, ebenso wenig wie hier aus zwei gegen einander wirkenden Kräften eine dritte in mittlerer Richtung hervorgeht. — Mir scheint, wie gesagt, das Ausschlaggebende die natürliche Mischung der Gefühle im Individuum. Der paranoische Quärulant und der verfolgte Verfolger sind wohl die hochmüthigsten Charactere, die man sich vorstellen kann; sie sind zugleich empfindlich, leicht verletzlich, reizbar, rachsüchtig, zäh und nachtragend; der primäre Megalomane, der Erfinder etc. hat nur den Hochmuth, das Selbstvertrauen und die Entschlossenheit, Ehrgeiz, Rücksichtslosigkeit, ihm fehlen die Empfindlichkeit, Beeinträchtigungsempfindung; er kennt keine Hindernisse und Schranken, fürchtet keine Concurrenz. Anders ist wieder der Erotomanische, der Eifersüchtige zusammengesetzt, anders der Hypochonder, der ängstlich, grüblerisch, wehleidig und muthlos ist.

Sehr wichtig ist, meiner Ansicht nach, der Hinweis in der Arbeit von Specht auf die forensische Beurtheilung des Paranoikers. Das Gesetz aller Länder hat die ausgesprochene Tendenz einen Geisteskranken nur nach seiner intellectuellen Seite zu schätzen und die Affecte als Nebensache zu ignoriren. Es erkennt den Berauschten und Epileptiker als zurechnungsfähig an, sobald er zusammenhängend redet und handelt. Bei dem Paranoiker stellen sich viele Psychiater auf denselben Standpunkt; da nur der Verstand krank ist und das sogar nur partiell, so urtheilt er über fernliegende Gegenstände normal und nimmt zu ihnen eine normale Stellung ein mit seiner Persönlichkeit. — Wenn aber anerkannt wird, dass die Gefühlssphäre auch beim Paranoiker primo loco ergriffen und krank ist, dann muss auch anerkannt werden, dass die ganze Persönlichkeit krank ist, ihr Fühlen, Denken und Handeln; denn das Gefühl ist, wie Bresler mit Recht bemerkt, die zum ganzen Subject in Beziehung gesetzte Erregung der Nervensubstanz, oder wie Lipps (das Selbstbewusstsein, Empfindung und Gefühl, Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens) es ausdrückt, die Gefühle sind die Symptome dafür, dass ein Vorgang einer natürlichen Bethätigungsrichtung des psychischen Individuums gemäss ist, damit übereinstimmt, dadurch

begünstigt wird oder das Gegentheil. Ist also das Gefühlsleben krank, so ist der Zusammenhang des Individuums mit der Welt und den Vorgängen alterirt. Ich entsinne mich hierbei einer Gerichtsverhandlung. Eine Bande von Pferdedieben und Mördern stand vor Gericht. Es waren ihrer 7 Mann. Sie leugneten ihre Verbrechen; nur einer von ihnen gestand alles mit verblüffender Offenheit. Ueber jeden Umstand berichtete er, wie ein unbetheiligter Zeuge. Dieser Eine war ein Paranoiker, welcher bei der Untersuchung durch die Aerzte mittheilte, dass er fortwährend durch geheime Maschinen gequält wurde. — Auch zeigte er Personenverwechselung und hielt sogar einige seiner Complicen für ganz andere Personen. Dieses wurde vor Gericht constatirt; weil er aber zusammenhängend und richtig sprach, so musste sein Intellect nur partiell gelitten haben und im Uebrigen normal sein. Er wurde mit den Uebrigen verurtheilt. Aber so anders, als die anderen Menschen in genau der gleichen Lage, benimmt sich ein Paranoiker. Woran liegt das? Er war absorbirt von seinen Sensationen und konnte nicht Furcht vor dem Ausgang des Processes empfinden.

Dass fremde Angelegenheiten beim Paranoiker kein Mitgefühl erwecken können, daran sind wir durch tägliche Erfahrung gewöhnt; dass aber auch die eigenen Leiden bei ihm keine Theilnahme erregen können, das zeigt einen höheren Grad von Gefühllosigkeit, das zeigt, dass der Paranoiker vom Scheitel bis zur Sohle verändert ist und toto coelo verschieden von anderen Menschen. Wie oft erleben wir es z. B., dass ein Paranoiker an einem quälenden und hoffnungslosen Leiden erkrankt und sichtlich dahinsiecht. Seine Gedanken weilen nie bei diesem Leiden, sondern er fährt fort gegen seine Detention zu protestiren u. s. w. Die empirischen Wissenschaften haben Achtung vor solchen Thatsachen, die deductive Rechtswissenschaft, von transcendentalen Principien ausgehend, lässt sich dadurch nicht imponiren. Dr. Th. Tiling, Riga, Rothenberg.

Mittheilungen.

— Die in letzter Zeit von Dr. Döllner geleitete Brosius'sche Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke zu Bendorf a. Rh. ist in die Leitung von Dr. J. Löwenstein, bisher Assistent der Dr. Scholinus'schen Anstalt in Pankow, übergegangen.

— **Aus Oesterreich-Ungarn.** Zu Ende des laufenden Wintersemesters werden in der Leitung von vier österreichischen psychiatrischen Universitätskliniken Veränderungen vollzogen werden. So wird an Stelle des in den Ruhestand tretenden Ordinarius der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der Wiener Universität, Hofraths Prof. Dr. Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing, der zweite Ordinarius dieses Faches daselbst, Ober-Sanitätsrath Prof. Dr. Julius Ritter Wagner v. Jauregg, die Leitung der psychiatrischen Klinik übernehmen. Als Wagner v. Jaureggs Nachfolger übernimmt der Grazer Professor Dr. Gabriel Anton die Leitung der psychiatrischen Klinik an der niederösterreichischen Landesirrenanstalt. An Stelle Antons wird der Professor an der Innsbrucker Universität Dr. Karl Mayer treten und an dessen Stelle in Innsbruck der Assistent an der II. psychiatrischen Klinik, Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Universität Dr. Friedrich v. Sölder.

— Die preussische Regierung beabsichtigt, fünfzig Medizinalbeamte zu dreiwöchigen Kursen einzuberufen, welche sich auf Hygiene, gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Staatsarzneikunde erstrecken sollen. Die Theilnehmer an den Kursen erhalten für die Dauer derselben Reisekosten und Tagegelder.

— Im preussischen Etat für 1902 ist die Erbauung einer Irrenklinik für die Universität Greifswald vorgesehen. Ferner soll an das Physiologische Institut der Universität Berlin ein neurobiologisches Laboratorium angegliedert werden, und zwar sollen zu diesem Zwecke die Instrumente und Sammlungen des Dr. O. Vogt (Berlin) für 50000 M. angekauft werden. Die Begründung für diese Neuerung lautet: „Die Kenntniss des menschlichen Gehirns hat bisher sehr langsame Fortschritte gemacht, weil die Pflege dieses Wissenszweiges nach der anatomischen, physiologischen, psychiatrischen, psychologischen und anderen Richtungen in getrennten Instituten und daher unter Zerreissung natürlicher Zusammenhänge erfolgte. Der Bedeutung dieses wichtigsten, alle sonstigen Theile beeinflussenden Organe des menschlichen Körpers entspricht es, dafür ein besonderes Laboratorium einzurichten, welches an das Physiologische Institut anschliessend und auf anatomischer Grundlage aufbauend die verschiedenen Seiten der Forschung zusammenzufassen und so die Erkenntniss auf diesem Gebiete zu vertiefen und zu fördern im Stande ist. Die Aufgabe dieser Anstalt für Gehirnforschung wird darin bestehen, die Leistungen anderer wissenschaftlicher Institute ergänzend, auf dem Gebiete der Nervenanatomie, Nervenphysiologie und Psychologie I. systematisch durchzuarbeiten: a) solche Erscheinungen des einen der genannten Wissensgebiete, welche gerade von specieller Bedeutung für die anderen sind, b) ärztlich wichtige normale Erscheinungen vom Standpunkte des Arztes und umgekehrt für die Wissenschaft des Normalen werthvolle pathologische Phänomene mit Rücksicht auf diese besondere Bedeutung, c) speciell ärztlich wichtige Fragen, die noch nicht anderweitig hinreichend studirt werden; II. im Kreise dieses Arbeits-

programmes so weit zu lehren und anderweitiges Lehren und Forschen zu fördern, als es bisher in anderen Instituten noch nicht geschieht."

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Dissertationen II. Sem. 1901.

Hans Schulze: Ueber moral insanity. Berlin, Dissertation, März 1901.

Otto Flemming: Hämorrhagische Apoplexie. Dissertation, Berlin, April 1901.

Semjor Lipliawiky: Neurangositis et ataxia alcoholica. Berlin, April 1901.

Wladimir Libin: Die Facialislähmung bei Neugeborenen. Berlin, Juni 1901.

Alfred Bode: Beitrag zur Lehre vom Hydrocephalus internus. Jena, Juni 1901.

Friedrich Bodensteine: Beitrag zur Kenntniss des Morbus Basedowii. München, Juni 1901.

Heinrich Heyd: Ein Fall von chronischer halbseitiger Bulbärparalyse. Tübingen, Juni 1901.

H. F. Bonhoff: Trauma in Beziehung zur Syringomyelitis. Bonn, Juli 1901.

Waldemar Noé: Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Geistesstörung. Bonn, Juli 1901.

Hermann Falk: Beitrag zum Studium des Dermographismus. Breslau, Juli 1901.

Jona Klausner: Ein Beitrag zur Aetiologie der multiplen Sklerose. Halle, Juli 1901.

Paul Schwarze: Ein Fall von multipler Thrombose bei Typhus mit Erscheinungen der acuten Bulbärparalyse. Kiel, Juli 1901.

Kasper Grebner: Oeffentliche Gesundheitspflege gegen zunehmende Morbilität namentlich des Nervensystems. München, Juli 1901.

Hugo Schoenfeld: Klinische Erfahrungen mit dem neuen Hypnotikum Hedonal. München, Juli 1901.

Joseph Dingbreiter: Ueber traumatische eitrige Meningitis. Ein Fall von Spätinfektion. München, Juli 1901.

Fritz Stuhenvoll: Beiträge zur Casuistik der Meningitiscerebrospinalis. München, Juli 1901.

Arthur Petsch: Ueber Sinusthrombose. Bonn, Aug. 1901.

Albert Rahall: Ueber Othaematom. Bonn, Aug. 1901.

P. Blanke: Verhalten des Centralnervensystems beim Diabetes mellitus. Göttingen 1901.

B. Kayser: Beiträge zur Casuistik der multiplen Sklerose nach Trauma. Göttingen 1901.

R. Rummel: Kleinhirn und cerebelläre Ataxie. Göttingen 1901.

C. Tolleus: Bildungsanomalien (Hydromyelie) im Centralnervensystem eines Paralytikers.

Hans Beyer: Zur Lehre von der Bluteirculation in der Schädelhöhle, namentlich unter dem Einfluss von Medikamenten (Experim. Untersuchungen) Habilit.-Schrift. Jena, August 1901.

Friedrich Mörchen: Ueber Dämmerzustände. Ein Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Bewusstseinsveränderungen. Marburg, August 1901.

Paul Stark: Selbstmord in der Schule. Strassburg, August 1901.

Carl Eickhoff: Ueber die Erregbarkeit des motorischen Stroms an verschiedenen Stellen ihres Verbrauchs. - Tübingen, August 1901.

Nicolaus Petroff: Beziehungen zwischen der multiplen Sklerose und der Dementia paralytica. Berlin, Juli 1901.

Paul Fahre: Beitrag zur Lehre über die Tabes bei den Weibern.

Paul Sachs-Münke: Die differentialdiagnostischen Beziehungen des Morvan'schen Symptomenkomplexes zur Lepra und zur Syringomyelie. Berlin, Juli 1901.

A. Frank: Ein Fall von Tabes dorsalis mit dem Symptomenkomplex der Bulbärparalyse. Berlin, Juli 1901.

Walter Ganter: Neuere Anschauungen über die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. Berlin, April 1901.

A. Margulies: Ein Beitrag zu den Uebergangsformen zwischen Friedreichischer Ataxie und der Hérédo-Ataxie cerebelleuse von Marie. Berlin, August 1901.

Kalev Kirschbaum: Poliomyelitis anterior. — Berlin, August 1901.

Hans Pfannenmüller: Anatomische Untersuchung eines Falles von schwerer Epilepsie. Würzburg, Januar 1901.

Arthur Brückner: Die Raumschwelle bei Simultanreizung. Würzburg, Febr. 1901.

Salo Friedländer: Zur Casuistik der Operation des Hirntumors. Würzburg, Febr. 1901.

Anton Gehring: Ein seltener Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie mit mangelhafter Entwicklung der Ganglien der motorischen Sphäre. Würzburg, März 1901.

Alfred Böhlau: Zur Lehre von der Degenerationsanomalie der Ohrmuschel mit Berücksichtigung der Degeneration im Allgemeinen. Würzburg, März 1901.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

Dem Direktor der Kgl. württ. Heil- u. Pfleganstalt Weissenau, Dr. Rank, ist der Titel und Rang eines Medizinalraths verliehen worden.

Aus Neurologenkreisen ist ein so zahlreicher Zutritt zur Mitarbeiterschaft bei der „Psychiatrischen Wochenschrift" erfolgt, dass wir diesem erfreulichen Umstand durch Umwandlung des Titels in „Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift" vom 1. April 1902, dem neuen Jahrgang ab, am besten glauben Rechnung zu tragen.

Redaktion und Verlag der „Psychiatrischen Wochenschrift".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 45. 1. Februar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Das Personal in Meerenberg.

Von Dr. *Gallus* in Neu-Ruppin.

Nordwestlich von Amsterdam, von dort in einer knappen Stunde zu erreichen, liegt die Irrenanstalt der Provinz Nordholland Meerenberg. Westlich an die breite Dünenkette angelehnt, von deren Gipfel man die Fernsicht in die von Ruysdael so oft dargestellte Landschaft mit Haarlem im Hintergrunde geniesst, breitet sich die Anstalt selbst in einer fruchtbaren Ebene aus. Die nächste Eisenbahnstation heisst bezeichnenderweise Bloemendaal. Die 1849 gegründete, später mehrfach erweiterte Anstalt, die sich rühmt, zuerst auf dem Festlande consequent das no-restraint durchgeführt zu haben, ist von einem prächtigen Park umgeben. Ueber ihre baulichen Einrichtungen, die natürlich zum Theil bereits auf ein ehrwürdiges Alter zurückschauen, will ich mich nicht näher auslassen. Das, was mein besonderes Interesse bei dem im Herbst der Anstalt abgestatteten Besuche erregte, war die Art, wie dort die Personalfrage gelöst war. Zur besseren Würdigung der Verhältnisse gebe ich noch einige Daten. Die Anstalt hatte im vergangenen Etatsjahre eine Belegungsziffer von 1313 Kranken, darunter 648 Männer u. 665 Frauen, ferner 136 und 96 Aufnahmen, 72 und 32 Todesfälle. Es ist auch nicht unwichtig hervorzuheben, dass Amsterdam zum Bezirk der Anstalt gehört und dass über die Hälfte aller vorhandenen Insassen von dort aufgenommen ist.

Irrenanstalt Meerenberg.

Das Personal besteht aus in der Anstalt ausgebildeten Pflegerinnen, die, was mich besonders interessirte, auch auf den Männerabtheilungen Verwendung finden, und einer verhältnismässig kleinen Zahl männlicher Pfleger. Als der jetzige Direktor van Deventer, dem ich für die Ertheilung ausführlicher Auskünfte, schriftlicher wie mündlicher, zu besonderem

Danke verpflichtet bin, im Jahre 1892 die Leitung der Anstalt übernahm, sah er sich sofort vor die Notwendigkeit gesetzt, eine durchgreifende Reform des Personals in der energischsten Weise zu betreiben. Im Jahre zuvor war bereits von dem Niederländischen Verein für Psychiatrie die dringende Forderung nach einer gründlichen Reorganisation des Irrenpflegerstandes erhoben worden. Die Verhältnisse müssen allerdings auch in Holland zum theil höchst unerfreuliche gewesen sein. In dem ersten Jahresberichte des Wilhelminavereins vom Jahre 1897 wird darüber geklagt,— nicht gerade von Meerenberg wird das gesagt— dass es noch gar nicht so lange her sei, dass Trinkern und bestraften Leuten die Pflege der Kranken anvertraut werden musste; und 1892 machte ein Misshandlungsprozess grosses Aufsehen. Nicht allein die Qualität des Pflegepersonals, auch seine Zahl und manches andere liessen zu wünschen übrig. In Meerenberg kamen 1892 auf 1264 Kranke 133 Pfleger und Pflegerinnen, während jetzt auf 1313 214 kommen.

Van Deventer konnte der neuen Aufgabe um so mehr mit einem festen Programm entgegentreten, als er bereits in der zuvor innegehabten Stellung am Buitengasthuis in Amsterdam (Krankenhaus mit Irrenabtheilung) eine ähnliche Reorganisation hatte durchführen müssen. Neben höheren Anforderungen an die Persönlichkeit, an eine planmässige Ausbildung, sittliche Hebung, bessere Besoldung und Unterbringung des Pflegepersonals stellte er es von vornherein als einen wichtigen Punkt auf, die eigentliche Krankenpflege auch bei den männlichen Kranken in weibliche Hände zu legen; die Irrenanstalt auch in diesem Punkte möglichst dem allgemeinen Krankenhause zu nähern, war sein Ziel. Bei der mühsamen und nicht ohne Kampf abgelaufenen Neuerung stand ihm congenial seine Gemahlin zur Seite; Frau van Deventer hat selbst das später zu erwähnende Examen einer Pflegerin abgelegt und übt noch jetzt auf die Haltung und Erziehung des weiblichen Pflegepersonals einen wichtigen, geschätzten Einfluss aus. Es scheint übrigens, als ob jetzt diese Reform zu einem gewissen Abschluss gelangt ist, da die Zahlen sich in den letzten Jahren nicht mehr wesentlich geändert haben.

1892 wurde eine Pflegerin auf der Männerabtheilung beschäftigt, im nächsten Jahre schon 13, im dritten 25, und jetzt wirken seit Jahren etwa 50 Pflegerinnen neben 46 Pflegern. Nur auf den beiden unruhigen Männerstationen, die zusammen etwa 105 Kranke (von 648) umfassen, finden sich Pflegerinnen nicht; im übrigen ist aber solchen auch die Oberleitung aller anderen Stationen anvertraut. Das Verhältniss des Gesammtpersonals zur Anzahl der männlichen Kranken ist etwa 1:6, wenn man dazu 10 nicht als Pfleger, sondern als Handwerker und Werkstättenvorarbeiter beschäftigte Leute mit hinzurechnet, die aber für den eigentlichen Abtheilungsdienst ganz ausfallen.

Das Baden und die Leitung bei der Aussen- und Werkstättenarbeit ist den Pflegern, die in gleicher Weise wie die Pflegerinnen ausgebildet werden, vorbehalten. Um es schon hier einzuschalten, ist der Entwicklung des männlichen Pflegerstandes eine weit geringere Aufmerksamkeit geschenkt worden; erst jetzt geht man daran, ihnen die Möglichkeit der Verheirathung zu geben und sie durch die Erbauung von geeigneten Familienwohnungen sesshafter zu machen.

Wenn man auch berücksichtigte, dass die Anstalt eine beträchtliche Anzahl alter, stiller Insassen hat, so konnte man sich doch dem Eindruck nicht verschliessen, dass auf allen Abtheilungen eine auffallende Ruhe und Zufriedenheit herrschte. Wie aus den Jahresberichten ersichtlich ist, ist die Zahl der Isolierungen in ständiger Abnahme begriffen und bereits auf ein sehr niedriges Maass zurückgegangen. Ich sah keine besetzte Zelle. Dass die Magensonde zur künstlichen Ernährung schon seit einer Reihe von Jahren nicht gebraucht wurde, schreibt van Deventer besonders dem Einfluss der weiblichen Pflege zu. Auch die Zahl der Entweichungen ist sehr gering; im letzten Jahre waren es nur 7 Männer, die übrigens alle bis auf einen binnen einer Stunde der Anstalt wieder zugeführt wurden. Von der Bettbehandlung in Wachsälen wird ein reichlicher, von Schlafmitteln ein spärlicher Gebrauch gemacht; Hyoscin wird kaum angewendet. Die Pflegerinnen gehen allein mit Gruppen von männl. Kranken, nicht bloss von blöden Paralytikern, in dem ausgedehnten Parke spazieren, und trotz des engen Zusammenseins mit den Kranken sind seitens der letzteren ernsthafte geschlechtliche Angriffe nicht vorgekommen, noch hat sich die Neigung zu schmutzigen Redereien bemerkbar gemacht; andererseits hat sich auch das Personal keine erhebliche Verfehlung zu Schulden kommen lassen. Als störend und unerfreulich erwies sich nur die Neigung besonnener Psychopathen, Liebeleien mit den Pflegerinnen anzufangen, denen aber durch Versetzung derselben rasch begegnet werden konnte. Es ist selbstverständlich, dass zu diesen bemerkenswerthen Resultaten nicht die gute Aufsicht und strenge Auswahl, nicht die eine besondere Uebersichtlichkeit garantierenden baulichen Einrichtungen allein beigetragen haben, sondern dass die dem Personal ertheilte Erziehung und Ausbildung und der in ihm herrschende Geist den Ausschlag gaben.

Bei dem sehr reichlichen Angebot an Anwärte-



rinnen für die frei werdenden Stellen kann die Anstalt hohe Ansprüche an die Qualitäten derselben machen. Der Beruf wird neuerdings mehr und mehr begehrt, und einer Zusammenstellung entnehme ich, dass auch Töchter von Offizieren, Aerzten, Predigern, Bürgermeistern als Pflegerinnen eintraten. Vor dem Eintritt wird bei mindestens 3 Personen über die Anwärter Nachfrage gehalten. Es muss sodann die Verpflichtung zu dem dreijährigen Ausbildungsdienst in Meerenberg übernommen werden. Die praktische Ausbildung wird dadurch gewährleistet, dass systematisch sämmtliche Abtheilungen durchlaufen werden. Die als Lehrschwester eingestellte Pflegerin beginnt ihre Thätigkeit in dem Schwesternhaus, kommt dann auf die Frauenarbeitsabtheilungen, wo sie noch unter älteren arbeitet, u. s. w. An der theoretischen Ausbildung des Personals betheiligen sich sämmtliche 7 Aerzte durch Ertheilen von Cursen und praktischen Uebungen. Ein Handbuch der Krankenpflege, für die Anstalt verfasst, ist seit 1896 im Gebrauch. Die Meldung zu dem seit 1892 von einer Kommission des Niederländischen Vereins für Psychiatrie abgenommenen Examen erfolgt in der Regel erst nach dreijähriger Ausbildung in der Anstalt. Solchen Pflegerinnen wird besondere Zeit zur Vorbereitung gewährt; ein Examen, bezw. Repetitionscursus wird für sie abgehalten. Ein Diplom wird nach bestandenem Examen ertheilt. In den letzten Jahren unterzogen sich demselben durchschnittlich etwa 18 Pflegerinnen und 2 Pfleger von Meerenberg.



Schwesternheim.

Der Gehalt der gewöhnlichen Pflegerinnen beginnt mit 100 Gulden im Jahr und steigt bis 175 Gulden; die Pfleger erhalten zunächst 140 und steigen bis 200 Gulden; Stationspfleger und -Pflegerinnen entsprechend höher: bis 225 und 250 Gulden. Es besteht Pensionsberechtigung; nach 10 Jahren bei Invalidität, event. schon früher. Eine bestimmte Kleidung ist von der Anstalt vorgeschrieben.

Ein kleiner Theil des Personals versieht den Nachtdienst, während alle übrigen nur von Morgens 7 Uhr bis $^1/_2$10 Uhr Abends Dienst thun. An regelmässigem Urlaub werden jeden Monat zwei volle Tage gewährt (meist zu einem Besuche der nahen Heimath benützt), ausserdem jährlich 14 Tage, wenn nicht besondere Erholungsbedürftigkeit vorliegt.

Als van Deventer 1892 sein Programm für die Reorganisation aufstellte, hob er es als einen wichtigen Punkt hervor, dass dem Pflegpersonal genügend Zeit zur Ruhe und Erholung ausserhalb der Abteilung geboten werdeu müsste. Schon damals fasste er die Errichtung eines Schwesternhauses ins Auge; erst im Jahre 1899 konnte dieser Plan verwirklicht werden. Dieses einfach, aber durchaus comfortabel eingerichtete Haus, welches getrennt von den Krankenhäusern in einem eignen Garten liegt, enthält die Schlafräume für 130 Pflegerinnen. Auf den Abtheilungen selbst schlafen solche nur vereinzelt, insoweit als sie bei Unglücksfällen und besonderen Ereignissen zur Hand sein müssen. Die jüngeren Pflegerinnen bewohnen zu vieren ein Zimmer, die älteren haben je ein eigenes. Das gesammte Erdgeschoss des Gebäudes ist von gemeinsamen Zwecken dienenden Räumlichkeiten eingenommen. Neben einem mit einem Klavier ausgestatteten Salon befindet sich der sehr freundlich eingerichtete, 100 Personen gleichzeitig fassende Speisesaal, in dem die Hauptmahlzeiten von den Pflegerinnen — in 2 Abtheilungen — eingenommen werden. Dieselben erhalten die Kost der 2. Klasse (von 5 in der Anstalt vorhandenen Verpflegungsstufen). In dem Bestreben möglichst den Bedürfnissen und Wünschen entgegen zu kommen, hat man die Kost der Pflegerinnen in nicht wenigen Punkten von der derberen der Pfleger verschieden ausgestaltet. Zur Einnahme des Mittagessens wird je eine Stunde Zeit gewährt, wovon $^1/_2$ Stunde auf das Essen, die andere halbe Stunde auf einen Spaziergang in dem Garten gerechnet wird, in den breite Flügelthüren aus dem Speisesaal direkt hinausführen. Gleichfalls im Erdgeschoss findet sich ein grösseres, nur für erkrankte Pflegerinnen bestimmtes Lazareth, mit Bädern, den nöthigen Aufenthalts- und Absonderungsräumen. Sehr instruktiv eingerichtet ist ein jeder Zeit zur Benutzung offenes Unterrichtszimmer. Ein reiches Material an Anschauungsmitteln, zum theil in

sehr origineller Anordnung, Tafeln, Bildern, Drogen und Modellen wird hier dargeboten. Eine über 200 Werke über Krankenpflege enthaltende Bibliothek steht zur freien Verfügung. — Im Dachgeschoss finden sich zweckmässiger Weise Schlafräume für die Nachtwachen. Das ganze Haus macht, da es durchaus nicht in ärmlicher Weise oder blos mit dem Nothwendigsten ausgestattet ist, einen äusserst wohnlichen und behaglichen Eindruck, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass eine solche von humanem Entgegenkommen zeugende Einrichtung vom Personal als eine grosse Förderung und Verbesserung seiner Lage empfunden werden muss. So recht sesshaft ist aber dasselbe auch dort noch nicht geworden. Wenn schon der Wechsel unter den Pflegerinnen allmählich geringer geworden ist, so betrug er in den letzten Jahren durchschnittlich noch 42 %. Die in Meerenberg ausgebildeten und diplomierten Pflegerinnen werden nämlich jetzt — früher war das Gegentheil der Fall — von den allgemeinen Krankenhäusern gern angestellt, und auf diesen immerhin für die Anstalt ehrenvollen Umstand ist ein Theil des Personalwechsels zu beziehen.

Der beträchtlichste Wechsel betrifft indessen nicht die älteren, sondern wie überall, die jüngeren Pflegerinnen, deren Dienstzeit noch nicht ein Jahr ausmacht. Diesem Umstand abzuhelfen, indem man die ungeeigneten Kräfte möglichst schon vorher aussondert und fernhält, ist vom Wilhelminaverein eine Vorschule für Irrenpflegerinnen in Amsterdam eingerichtet worden. Der eben genannte Verein verdient noch einige Worte. Er wurde im Jahre 1897 unter Mitwirkung der Irrenärzte, besonders van Deventer's, eigens zu dem Zwecke gegründet, eine Verbesserung der Irrenpflege herbeizuführen, und zwar sucht der Verein dies im steten Einvernehmen mit den Behörden und Irrenärzten durch allerhand materielle Förderungen des Personals zu erreichen. Unter dem Protektorat der Königinmutter stehend hat er sich sehr rasch über ganz Holland ausgebreitet. Man hat es verstanden, für seine Ziele ein intensives und thätiges Interesse zu erwecken, wie nicht nur eine Reihe von vornehmen Namen in den Mitglieder-Verzeichnissen zeigt. Der Verein hat in 4 Jahren bereits ein Kapital von 24 000 Gulden gesammelt, und verfügt an jährlichen Beiträgen über mehr als 7000 Gulden. Von den wichtigeren Einrichtungen des Vereins erwähne ich die Gründung von zwei Sanatorien, die im letzten Sommer 41 Pflegerinnen ganz kostenfreie Gelegenheit zur Erholung boten. Aus Vereinsmitteln wurde erkranktes Personal auch nach ausländischen Kuroten, nach Davos u. s. w., auf längere Zeit gesandt. Im Mai d. J. wurde ferner in Gegenwart des Ministers des Innern in Amsterdam eine Pflegerinnen-Vorschule eröffnet; mit derselben ist ein Pflegerinnenerholungshaus, welches auch Stellenlosen Zuflucht gewähren soll, sowie eine Centrale zur Vermittlung von Personal an Privatleute verbunden.

Ein reges werkthätiges Interesse ist in dem wohlhabenden und von jeher wohlthätigen Holland für die Irrenpflege erweckt worden. Die geschilderten Verhältnisse beziehen sich freilich zumeist nur auf Meerenberg. Die Lage des Personals in den anderen Anstalten ist zum theil wesentlich verschieden davon, zumal da die katholischen Anstalten geistliches Personal haben. Sowenig aber wie van Deventer sich mit dem Erreichten bescheiden will, so wenig werden, wie auch ein kürzlich erschienener eingehender Sammelbericht *) über die Personalfrage zeigt, die Holländischen Irrenärzte darauf verzichten, die einmal im Fluss befindliche Frage gründlich zu fördern.

*) Rapport omtrent den actueelen toestand van het verpleegend personeel in de Nederlandsche Krankzinnigen-Gestichten. Amsterdam 1901.

Mittheilungen.

— Im preussischen Landtage wurde am 24. Januar gelegentlich der Debatte über die Domänenverwaltung, Weinbau etc. von einem Abgeordneten bemerkt, dass man das Kloster Eberbach, das jetzt zum Theil als Irrenanstalt benutzt werde, wieder idealeren Zwecken dienstbar machen solle. — Daraus spricht eine gewisse Verkennung der Verhältnisse. Man muss vielmehr verlangen, dass zur Bewahrung und Verpflegung Geisteskranker sachkundig angelegte Anstalten, die den Character eines Krankenhauses, nicht eines Betzwecken dienenden Etablissements tragen, verwendet werden anstatt Bauten, die vielleicht nicht einmal ihren eignen Zweck erfüllen. Dass der Zweck einer Irrenanstalt ein nützlicherer, aber auch idealerer ist als der eines Klosters, wird heute wohl kaum ernstlich bestritten werden, man müsste denn wirklich zu behaupten im Stande sein, dass ein krankes Gemüth weniger eines Zufluchtsortes bedarf als die beschauliche Frömmigkeit des Klosterbewohners.

— Beitrag **zur Entwickelungsgeschichte der familiären Irrenpflege.** Die Herren Schüle-Illenau,



Fischer-Pforzheim und Haardt-Emmendingen veröffentlichen soeben eine „Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung“, welche folgenden Abschnitt über Familienpflege enthält:

3. „Ob von der Einführung der sog. „familialen Verpflegung“ bei uns z. Zt. eine nennenswerthe Entlastung und Beihülfe für die Zeit des Interregnums zu erwarten wäre, ist schon aus dem Grunde zweifelhaft, weil die Frage an sich noch keineswegs geklärt, und weder über die zweckmässigste Art der familiären Pflege, noch über die socialen Bedingungen ihrer Einführbarkeit, die terriorial sehr verschieden liegen, feste, allgemein benützbare Resultate gewonnen sind. Aber auch hinsichtlich der familiär zu versorgenden Kranken selbst lässt sich ein rasches „Werde!“ nicht gebieten. Nicht jeder ruhige harmlose Insasse einer Anstalt eignet sich ohne Weiteres zur Unterbringung in der Familie, geschweige in einer fremden; dazu muss er zuvor erst an freie Behandlung, stufenweise an eigene Führung und an anhaltende Beschäftigung gewöhnt werden. Diese Erfordernisse machen sich aber nicht von selbst, sie sind vielmehr das Ergebniss einer langen ärztlichen Pädagogik, die in unserm badischen Irrenwesen zwar schon längst angebahnt und geübt wird, aber doch noch nicht ausgiebig genug, und welche erst dann ausgebaut werden kann, wenn einmal die freiern Pflegenormen und eine methodische Beschäftigung in und durch die neuen Anstalten mit ihrem grossen Gelände und entsprechend reichen Arbeitsbetrieb in Thätigkeit sein werden. Nicht vorausgehen sollte deshalb die familiäre Verpflegung den Neubauten, noch dazu in unfertiger, überstürzter Ausführung, sondern nachfolgen, wenn bis dorthin die Kranken und das Publikum draussen, d. h. die spätern Pfleger, nach dieser Richtung hin erzogen worden sind.

Zur Orientirung über diese viel erörterte Frage sei bemerkt, dass es sich dabei ursprünglich mehr um ein Hilfsmittel für die offene Behandlung in den Anstalten handelt, und erst neuerdings die Erhebung dieser gelegentlichen Einrichtung zu einem System versucht wird. Auf dieses Ziel sind die Bestrebungen von Dr. Alt in Uchtspringe gerichtet, eine Centrale zu schaffen zur Aufnahme von zur Familienpflege geeigneten Kranken, woselbst diese zum frühern oder spätern Einwohnen in ländliche Pflegerfamilien näher vorbereitet werden sollen; die letztern werden in den um die Centrale gelegenen Ortschaften, wie sie sich zur Bereitschaft anmelden, ausgewählt. Die Aufsicht über die auswärts untergebrachten Pfleglinge wird von den Aerzten und dem Oberwartpersonal der Centrale geübt. In diese kehren auch die ausgemietheten Pfleglinge in Zeiten vorübergehender Verschlimmerung zurück. Ihrer mannigfaltigen Aufgabe entsprechend, ist die Centrale im Wesentlichen als „Irrenanstalt“ gedacht, nur in freierer und möglichst einfacher Konstruktion, aus mehreren Pavillons bestehend, darunter auch einer für temporär Unruhige; aussserdem enthält sie ein Verwaltungsgebäude usw. Als Maximalzahl soll die Centrale 150 Pfleglinge umfassen, welche nach und nach in die familiale Pflege einrücken und jeweils durch neuen Nachwuchs aus der Mutteranstalt ersetzt werden. Dies die Grundzüge des verheissungsreichen Prospekts für die Provinz Sachsen; ob mit Aussicht auf Erfolg, bleibt abzuwarten. Jedenfalls möchten wir dasselbe noch nicht ohne weiteres für unsere badischen Verhältnisse empfehlen. Denn wenn irgend eine Norm in der Irrenpflege wesentlich mit lokalen Bedingungen, mit culturellen und socialen Factoren, zusammenhängt, mit denen sie steht und fällt, durchführbar ist oder nicht: so trifft dies für die familiale Verpflegung zu. Was in einem Lande gilt, ist darum noch keineswegs auch auf ein anderes übertragbar oder von diesem in gleicher Weise zu verlangen; bei derselben Sachlage, denselben Krankenkategorien, bei gleichem Bemühen der Aerzte und Pfleger kann vielmehr der Enderfolg ein ganz verschiedenes Resultat ergeben. Selbst das einzelne Land erweist sich nicht selten territorial als sehr verschiedenwerthig: was hier möglich und leicht ausführbar, ist dort unmöglich oder schwierig; neben willigen, einsichtsvollen, geschickten Bezirken stehen andere mit schwer bekämpfbarer Abneigung oder instinktivem Ungeschick zu diesem Samariterdienste. Sociale Unterschiede in der Berufenheit einzelner Gaue deuten wir blos an, und verweisen statt aller nur auf die principiell entscheidende Wichtigkeit der Stellungnahme eines Pflegerdorfs zur Alkoholfrage. Gerade darin dürfte Norddeutschland, wo man eben die neuesten Versuche zu einer Familienpflege im grossen Stil beginnt, nicht schlechthin mit unserem weinreichen, weinfröhlichen Süddeutschland vergleichbar sein. Es ist nun klar, dass bei diesem individuellen Character unsers Problems keine Rede sein kann von einfacher Uebernahme oder Nachahmung von Versuchen, die auf ganz specielle, nicht ohne Weiteres übertragbare Verhältnisse sich gründen und dazu noch in einem Lande, welches, wie die Provinz Sachsen, gerade für die freiere Behandlung schon lange vorbereitet ist. Aus allen diesen Gründen muss noch zugewartet werden; ein rascheres Vorgehen unserseits ohne Vorbereitung würde Enttäuschung bringen. Jedenfalls ist sicher, dass der besprochene neueste Vorschlag und Vorangang nicht als eine practische Auskunft für die nächste Zwischenzeit, worauf es uns hier ankommt, in Betracht zu ziehen ist. — Bleiben somit die älteren und länger erprobten Formen der familialen Irrenversorgung: a) Unterbringung geeigneter Patienten (2—3) in Wärterfamilien auf dem Anstaltsgebiet, in eigens hiefür gebauten Häuschen (Uchtspringe in der Provinz Sachsen); die Pfleger sind hier die Wirthe und zugleich die Aufsichtspersonen, welche die Kranken überwachen und zur Beschäftigung im Hause, Garten usw. anleiten, Alles unter der Directive der Anstalt; oder aber b) Unterbringung in umliegenden ländlichen Orten, entweder in geeigneten Familien (wie in St. Ilten usw.), oder auch auf einem gemietheten grössern Gut unter Aufsicht einer zuverlässigen Wärterfamilie (wie schon vor Jahren in St. Margarethen, oberhalb Pirminsberg, oder neuerdings in Württemberg usw.). Es ist klar, dass es sich bei diesen beiden letzten Normen nicht um ein wesentlich Neues, sondern nur um eine bessere Organisation jener freiern Pflegeform handelt, wie sie längst in jeder grösseren Anstalt gewissen Pfleglingen zu Gute kommt. Der quantitative Gewinn an Ent-



lastung für die Anstalt ist bei a) und b) auch kein namhafter; derselbe dürfte sich — je nachdem — auf etwa 10—20—30 ruhige, harmlose Kranke belaufen. Gleichwohl ist und bleibt diese Form der Familienpflege werthvoll; sie liegt in einer gesunden Richtungslinie unter den modernen Bestrebungen, wirkt hebend auf die Kranken, erzieherisch auf das Personal, und ist als solche am besten geeignet, auch die Erziehung des weiteren Publikums in die Wege zu leiten. Ohne Zweifel ist sie auch erweiterungsfähig. Allerdings haften ihr gewisse Mängel an, so namentlich die Gefahr einer stärkern Ausnützung der Krankenkräfte seitens der Pfleger usw. Aber dies vermag ihren Werth nicht zu schmälern. Auch bei uns wäre deshalb die Errichtung von Wärterhäusern mit dem Obligo familialer Verpflegung ernstlich für unsere Neubauten, speciell für die kleinere Anstalt im Seekreis, im Auge zu behalten. Vielleicht liessen sich solche kleine Häuslichkeiten (event. mit noch etwas vermehrter Krankenzahl) gleichsam als Pioniere etappenweise auch noch in umliegende Ortschaften vorschieben, wo sie die Bevölkerung durch ihr lebendiges Beispiel an den Umgang mit den Kranken gewöhnen und ihr Gelegenheit geben könnten, sich von der Ungefährlichkeit und von dem Nutzen der Patienten zu überzeugen, worauf sich dann von selbst der Weg anbahnen würde, die letztern zuerst für den Tag, später auch für die Nacht den Dorfbewohnern anzuvertrauen. Es wäre eine Modification des Alt'schen Projects, viel sicherer im Erfolg, weil es langsamer vorgeht, zuerst Boden schafft und die Mitarbeit des Publikums schrittweise mit dessen Angewöhnung und Einführung in die neuen Verhältnisse anregt.

Kolb in Bayreuth, welcher diesem Modus besonders das Wort redet, berechnet, dass in einem Radius von 7 km um die Anstalt, mit einem Gebiet von 150 qkm und einer Durchschnittsbevölkerung von 15000 Einwohnern — wobei auf 100 Gesunde etwa eine Aufnahme käme — sich nach und nach 150 Kranke familial unterbringen liessen. Aber dies ist erst Zukunftsmusik. Für unsere nächste actuelle Aufgabe — der bestmöglichen und zweckmässigsten Einrichtung für die Zwischenjahre bis zum Ausbau der neuen Anstalten — würde sich u. E. weder die Norm a) noch b) empfehlen, und zwar aus den erwähnten Gründen.

Für uns handelt es sich aber um möglichst rasche und leichte Durchführung, ohne zu grossen pecuniären Aufwand. Beides liesse sich realisiren durch den zeitweiligen Erwerb eines, einer Anstalt benachbarten, grösseren Guts, in welchem man Kranke unter der Obhut einer zuverlässigen Wärterfamilie unterbrächte zur gemeinsamen Bewirthschaftung, wie neuestens in Württemberg".

Beim Lesen dieser Ausführungen musste ich lebhaft daran denken, wie Griesinger die Eindrücke seines Besuches der kleinen familialen Colonie des Dr. Bucknell im Devonshire County-Asylum schildert: „Dort sah ich die Sache zuerst. Mein Lebenlang werde ich mich des Abends freuen, wo ich selbst vor den kleinen Anfängen, aber vor der Gewalt der Thatsachen meine theoretischen Bedenklichkeiten ablegte. Ja es ist so! nicht nur möglich, sondern wirklich! konnte ich ausrufen und Jahrelange Irrthümer konnte eine einzige Stunde zerstreuen*).

So Griesinger vor 35 Jahren, der „den Zweiflern, den Unsicheren und Schwankenden" zurief „Seht und vergleicht"!*)

Ich bedaure, dass die Herren Verfasser der sehr bemerkenswerthen Denkschrift sich der Mühe nicht unterzogen haben, die von mir zur rascheren Einführung der Familienpflege getroffenen Einrichtungen persönlich anzusehen. Vielleicht würde der Abschnitt über Familienpflege dann etwas anders gelautet haben. Insbesondere würden die Herren Verfasser Gelegenheit gehabt haben, zu sehen, dass die vorgeschlagene „Modification des Alt'schen Projectes" längst thatsächlich verwirklicht ist — mit alleiniger Ausnahme des mir wenig sympathischen Vorschlages, die Kranken zuerst für den Tag, später auch für die Nacht den Dorfbewohnern anzuvertrauen. — Ein Besuch der Familienpflege in Jerichow und Umgebung, wo jetzt bereits 48 Kranke sich der Wohlthat des ständigen Aufenthaltes in Familien erfreuen, hätte vielleicht auch die Ueberzeugung verschafft, dass und wie eine der Fertigstellung der Neubauten vorausgehende familiäre Verpflegung ohne überstürzte Ausführung ins Leben gerufen und segensreich zur raschen Entfaltung gebracht werden kann.

Uchtspringe, den 25. Januar 1902.

Konrad Alt.

— **Innere Mission und Epileptikerfürsorge.** Auf der kürzlich stattgehabten Landesconferenz für innere evangelische Mission in Elsass-Lothringen wurde als ein Arbeitsfeld der letzteren die Fürsorge für Epileptiker bezeichnet, für welche in Elsass-Lothringen noch keine Anstalt existire; es sei die Landesverwaltung nicht in der Lage an den Bau einer solchen heranzutreten. Wenn sich die elsassische Landesvertretung die Erfüllung einer anderwärts längst als staatlich betrachteten, allerdings noch nicht durchweg im staatlichen Sinne durchgeführten Aufgabe nicht für alle Zukunft compliciren will, so können wir nur dringend rathen, den obigen Plan theologischer Kreise selber auszuführen, und die Errichtung einer eigenen ärztlich geleiteten Anstalt empfehlen. Wir brauchen garnicht darauf hinzuweisen, dass es unpraktisch ist, die Fürsorge, auf welche doch alle unbemittelten Epileptiker Anspruch hätten, von confessionellen Rücksichten abhängig zu machen und dadurch in der Entwicklung zu beschränken. Dagegen möchten wir bei dieser Gelegenheit erwähnen, dass es zeitgemäss wäre, die nur in verschwindender Zahl noch vorhandenen, nicht unter ärztlicher Gesammtleitung stehenden Anstalten privater Art ganz unter letztere zu stellen. Das würde allerdings einer Verstaatlichung vieler dieser Anstalten gleichkommen.

Dass man auch die Anstalten der kirchlichen Genossenschaften als private aufzufassen hat,

*) Archiv für Psychiatrie, Bd. I, S. 37, 38.
**) Ebenda S. 43.



ist z. B. in der preussischen Min.-Anweisung für Privatanstalten vom 26. März 1901 unumwunden ausgesprochen.

Referate.

— Archives de Neurologie 1901. Nr. 64. S. 273.

Idiotie microcéphalique: cerveau pseudo-kystique; par Bourneville et Oberthor.

Die klinischen Erscheinungen des mitgetheilten Falles bestanden in: Somnolenz seit der Geburt, Krämpfe besonders der rechten Seite, allgemeine Contracturen, Diplegie, Klumpfüsse, epileptoides Zittern, vollkommene Idiotie, eitrige Ophthalmie, Stummheit, meningitische Erscheinungen, rascher Exitus mit 2 $^{1}/_{2}$ Jahr.

Pathologisch anatomischer Befund: Mikrocephalie, vorzeitiger Schluss der Fontanellen, Offenbleiben der Nähte, zahlreiche transparente Stellen im Schädelknochen, Pachymeningitis, Atrophie der Sichel, Meningo-encephalitis, cystische Entartung des Gehirns, Sklerose der Hirnwindungsreste, Hydrocephalus.

— Nr. 64. S. 289.

Abcès du lobe temporal droit du cerveau d'origine inconnue; par Lucien Lagriffe, interne des hôpitaux de Toulouse.

Bei einem 36jährigen Trinker entwickelten sich im Verlauf von Jahren unter Schwankungen folgende Symptome; Parese der rechten oberen Extremität, nächtlicher Kopfschmerz, Erbrechen, migraine ophthalmique; in den letzten Monaten vor dem Ableben treten hinzu: Nackensteifigkeit, Gedächtnissschwäche, doppelseitige Gesichts- und Gehörshallucinationen, nervöse Krisen, Schwindel; bei der Beobachtung sind vorhanden Schmerzen im Hinterkopf, vasomotorische Erscheinungen, Beugung und Drehung des Kopfes nach rechts, Verminderung der Hörschärfe und Ohrensausen auf dem rechten Ohr, Aufhebung des linken Patellarsehnenreflexes, Abschwächung des rechten, Fehlen der Plantarreflexe, Hyperästhesie an den linken Extremitäten, Trismus. Gegen das Ende linksseitige Hemiplegie und Anästhesie, Pupillenstörungen, hochgradiges Fieber. Die Obduktion ergiebt einen abgekapselten Abscess im Innern des rechten Schläfenlappens mit Erweichungsparthien nach der Spitze zu, einen kleineren haselnussgrossen Abscess, der sich nach dem Fuss des Schläfenlappens hin erstreckt. In dem Eiter wenig Diplokokken, die sich nach Gram nicht färben. Gehörorgan intact. In der rechten Lungenspitze eine haselnussgrosse Caverne mit gelbem, rahmartigen Eiter, dessen bakteriologische Untersuchung negativ ausfällt. Verfasser erklärt die klinischen Erscheinungen als grösstentheils auf Compressionswirkung beruhend, erörtert die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit dem Lungenabscess und dessen Abhängigkeit von einer vor 1 $^{1}/_{2}$ Jahren überstandenen Grippe und glaubt dass Alkoholismus und Lebensweise nicht ohne Einfluss darauf gewesen sind. Ein chirurgischer Eingriff wäre wegen der Grösse des Abscesses und der ausgedehnten Erweichungen in der Umgebung nicht angezeigt gewesen.

— Nr. 64. S. 302.

Un cas de congestion cerebrale active avec autopsie; par Albert Katz, interne de hôpitaux.

Bei einem 12 jährigen Knaben, der in die Seine gestürzt und sofort — etwa nach einer halben Minute wieder herausgezogen worden war, stellt sich im Anschluss daran eine heftige Erregung verbunden mit Jaktation und Verkennung der Umgebung abwechselnd mit tiefer Erschöpfung ein. Tod am nächsten Tage im Coma. Die Autopsie ergiebt hochgradige Hirnhyperämie. Verfasser tritt für das Vorkommen einer idiopathischen aktiven Hirnhyperämie ein, die manche Autoren bisher abgelehnt hatten.

— Nr. 65. S. 369.

L'Épilepsie partielle — Pathogénie et traitement par le professeur Raymond, médicin de la Salpetrière.

Die Abhandlung bildet einen Auszug aus dem Werke des Verfassers: clinique des maladies du système nerveux. Es wird ein Ueberblick über die Ergebnisse der experimentellen Forschung, der Physiologie und Anatomie der motorischen Centren der Grosshirnrinde gegeben, die Schlüsse, welche man daraus für die chirurgische Behandlung der Jackson'schen Epilepsie gezogen hat, angeführt und deren Resultate besprochen. Unter Bezugnahme auf einen früher mitgetheilten Fall, stellt Verfasser im Ganzen 31 Fälle von Jackson'scher Epilepsie traumatischen Ursprungs zusammen; er findet 13 Heilungen, bei 3 Fällen ist aber die erforderliche 3 jährige Controllzeit nicht vorhanden, 9 Besserungen, 9 Misserfolge. Die Länge der Zeit zwischen Trauma und Auftreten der Epilepsie wird als nicht von ausschlaggebendem Einfluss angesehen. Ebenso wie bei Exstirpation eines circumscripten Bezirks andere Bezirke ergänzend eintreten können, so sei auch eine Uebertragung der pathologischen Fähigkeit, epileptische Krämpfe hervorzurufen, denkbar; es könnten nach der Exstirpation bestimmter Centren andere Gehirnregionen für diese vicariirend auch nach der pathologischen Richtung hin eintreten. Die corticale Epilepsie beruht auf dynamischen Einflüssen, hervorgerufen durch das Trauma, die aber nicht auf die Rindenstelle, in welcher die mit dem Krampf beginnenden Muskelgruppen localisirt sind, sich beschränken, sondern die dort nur ihr Intensitätsmaximum erreichen.

— Nr. 65. S. 388.

Le traitement par repos au lit en médicine mentale par le Dr. Alexandre Pâris, médecin de service des femmes de l'asile d'aliénés de Maréville-Nancy.

Kurze Bemerkung zur Bettbehandlung. Es wird betont, dass die dadurch eintretende Vermehrung der Kosten nur eine scheinbare ist, die Mortalität würde herabgesetzt, das Auftreten von Uterusblutungen, Verwundungen, Frakturen und besonders von Hernien, sowohl reponiblen wie eingeklemmten, würde durch die Bettbehandlung sehr eingeschränkt. Für gewisse Maniakalische, besonders Hysterische wird die Bettbehandlung im Einzelzimmer empfohlen.

— Nr. 66. S. 450.

Un nouveau cas de paralysie générale avec syphi-



lis héréditaire par le Dr. E. Régis, chargé du cours des maladies mentales á l'Université de Bordeaux.

Mittheilung eines 5. Falles von juveniler Paralyse, vom Verfasser beobachtet. Syphilis der Eltern, secundäre Erscheinungen im Kindesalter, dann ungestörte Entwicklung. Mit 18 Jahren Beginn der Paralyse, die während der Militärzeit anfangs übersehen wird, zunehmende Gedächtsnissschwäche, Spontanfraktur des linken Oberschenkels. Weiterer Verlauf in der gewöhnlichen dementen Form mit charakteristischen Lähmungen. Kein Obduktionsbefund.

Nr. 66. S. 460.

Hemiplégie spasmodique infantile avec épilepsie. Craniectomie avec évertion durale. Modification de la contracture et disparition des accès depuis un an par le Dr. J. A. Esteves, professeur agrégé de la faculté et médecin des hôpitaux de Buenos-Aires.

Bei einem Neugeborenen tritt im 1. Monat ein epileptiformer Anfall mit Parese der rechten Extremitäten auf, gegen das Ende des ersten Lebensjahres Contracturen, zugleich besteht Idiotie. Später gehäufte epileptische Anfälle. Operation im 14. Monat. Craniectomie über der Gegend der linken Centralwindungen, es findet sich nur ein leichtes submeningeales Oedem. Vernähung der Dura mit dem Periost und den Wundrändern. Die Contracturen lassen nach, Krämpfe sind seit 1 Jahr ganz fortgeblieben. Der Nachlass der Contracturen in derartigen Fällen sei selten und lasse sich mit der Lehre, dass die Contracturen an den Eintritt der secundären Degeneration der Pyramidenstränge geknüpft sei, nicht recht in Einklang bringen. Verfasser empfiehlt im Anschluss an Kocher die oben angegebene Operationsmethode. Bei einem 2. ähnlichen Falle war nach der Operation ein Nachlass der starken Erregung und eine Verminderung der Anfälle zu beobachten.

— Nr. 66. S. 477.

Un nouveau signe physique spécial a l'intoxikation alcoolique „le signe de Quinquand" par le Dr. Ed. Anbry, interne a l'asile de Maréville.

Zur Prüfung auf das erwähnte Symptom lässt man den Kranken die gestreckten und gespreizten Finger senkrecht gegen die eigenen Handteller andrücken. Bei positivem Ausfall fühlt man nach 2 bis 3 Sekunden kleine Stösse, wie wenn sich die Fingerphalanger des Untersuchten gegenseitig zurückstossen würden. Verfasser fand unter seinen Anstaltskranken das Quinquand'sche Zeichen bei Paralytikern und Epileptikern nur dann, wenn Alkohol im Spiele war. Ausserdem unter 42 Alkoholpsychosen älteren Datums 3 Mal, unter 19 in den letzten 2 Jahren aufgenommenen Alkoholisten 10 Mal. Untersuchungen an Studenten und Handwerkern zeigten ihm das häufige Vorkommen des Quinquand'schen Zeichens ausserhalb der Anstalt auch bei mässigen Trinkern. Er kommt zu dem Schluss, dass es auf Alkoholismus deute, d. h. für die alkoholistische Natur einer Psychose spreche, sein Fehlen lasse aber Alkoholismus nicht ausgeschlossen erscheinen. Eine Erklärung für das Zustandekommen des Symptomes vermöge er nicht zu geben, vielleicht sei es von ähnlicher Herkunft wie das Muskel- und Sehnenknacken bei gewissen neuropathischen Individuen. Riebeth-Eberswalde.

— J. W. Powell: Wahrheit und Irrthum. Chicago 1898. 423 S.

Mit grossen Erwartungen ist Ref. an dieses Buch herangegangen, namentlich mit der: ein brauchbares Criterium für den Unterschied einer irrigen von einer Wahnvorstellung zu finden. Hätte der Vf. uns belehrt, was uns leiten kann, um Irrthum zu erkennen und zu vermindern, den Weg zur Wahrheit zu finden und auf ihm zu bleiben, so würde er auf diese Weise den Lesern seiner Ausführungen möglich gemacht haben, es zu beurtheilen, ob diese die Wahrheit enthalten oder die Lehren, die er für irrig hält, wie die von Plato, Aristoteles, Kant, Mill, Spencer etc. Wenn Vf. z. B. angiebt, dass gewisse Behauptungen zur Zeit die wissenschaftliche Mehrheit für sich haben und sicher bald allgemein angenommen werden wird, so kann man ihm nur mit Demetrius (Schiller) entgegenhalten: „Was ist die Mehrheit; die Mehrheit ist der Unsinn". Columbus hatte mit seiner Idee, dass er eine neue Welt mit den erbetenen Schiffen entdecken werde, Recht und die Mehrheit, die seine Idee als wahnsinnig verspottete (wie Meyerbeer das so schön in Musik gesetzt hat), Unrecht. So scheint es auch dem Ref. mindestens zweifelhaft, ob Vf. z. Z. oder später die unzweifelhafte Wahrheit lehrt mit den Sätzen: Jeder Partikel der Materie hat Bewusstsein und demnach Urtheil; Felsen, Sterne, Pflanzen, d. h. ihre Partikel, besitzen Wahlvermögen und Bewusstsein; der menschliche Körper ist eine Hierarchie von bewussten Körpern etc.

Es wäre interessant gewesen, zu wissen, weshalb Vf. das Kopernikus'sche System für unzweifelhaft wahr hält. Sollte von diesem nicht auch gelten, dass es wie seiner Zeit das Ptolemäische uns die jetzt möglich beste Hypothese abgiebt; und sollte es absolut ausgeschlossen sein, dass die „Veste, das Firmament" als solche wieder zu Ehren kommt, wenn die Hypothese von seiner luftigen Beschaffenheit einmal durch eine andere ersetzt wird, die gewisse auch jetzt noch unerklärliche Erscheinungen am Himmel verstehen lässt, ohne die biblische Angabe von der „Veste" für irrig zu erklären?

Hermann Kornfeld.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Ungarn. Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Laufenauer wurde zum ord. Professor der Psychiatrie an der Budapester Universität der a. ö. Prof. Dr. E. E. Moravcsik ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der präktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 46. 8. Februar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Bemerkungen zur Frage der sogen. zellenlosen Behandlung und einigen anderen einschlägigen Fragen.

Von Dr. *Clemens Neisser*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus.

(Schluss.)

Der betreffende Patient*), erblich nicht belastet, bei seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt 19 Jahre alt, war etwa ein Jahr zuvor als Primaner psychisch erkrankt, sodass er die Schule verlassen musste. Er erschien zerstreut, hing seltsamen Grübeleien nach, klagte über gedankliche Unfähigkeit. Im November 1900 traten Sinnestäuschungen und Angstzustände auf, sodass seine Verbringung in eine Irrenanstalt nothwendig wurde. Dort war er zunächst scheu und zurückhaltend, bezog alle Vorgänge um ihn her auf sich, sprach mit niemandem. Nach kurzer Zeit äusserte er sich ergiebiger, er habe vom 13 Lebensjahre ab onanirt, beim Händedruck eines Freundes oder wenn er ein Frauenkleid gestreift habe, hätten sich seine Gedanken verwirrt. Auch habe er viel über religiöse Fragen nachgrübeln müssen Er producirte Selbstanklagen von hebephrener Färbung: er sei ein Schuft, ein Idiot, habe keine Spur von einer Seele, sei weiter nichts als ein Stück Fleisch, gehöre nicht in die Gesellschaft Anderer. Zeitweise lebhafte Sinnestäuschungen von charakteristischer, seltsamer Ausgestaltung. Häufige Selbstmordversuche. Seit Ende Februar ziemlich vollständiger Mutacismus, dabei fortgesetzt energischer Selbstbeschädigungstrieb. Seit dem 6. März war Sondenernährung erforderlich.

Am 28. März 1901 Ueberführung in die hiesige öffentliche Anstalt. Wurde in der Zwangsjacke eingeliefert, sitzt im Aufnahmezimmer von zwei Wärtern gehalten, mit gesenktem Kopf, spricht gar nicht, reagirt in keiner Weise auf Anrede, ab und zu unruhig agirend, sucht sich loszureissen, schlägt mit dem Kopf auf den Tisch. Nach Aussage der Begleiter habe diese Unruhe in letzter Zeit Tag und Nacht angehalten, sodass dauernd — auch Nachts — zwei Wärter um ihn waren. Er habe sich die Finger in die Augen gebohrt, bis dieselben schon ganz unterlaufen und geschwollen waren, habe versucht sich die Zunge herauszureissen, sich auf jede Art zu beschädigen getrachtet. — Aus den Journalnotizen vom 28. 3.: Zu Bett in der Wachabtheilung für Unruhige. Spricht gar nicht. Blasses, leidendes, etwas verstört-starres Aussehen. Passiven Bewegungen der Extremitäten und des Kopfes wird intensiver negativistischer Widerstand geleistet. Zeigt nicht die Zunge, kneift bei der Pupillenuntersuchung die Augen fest zu, Spannung bei Palpation des Abdomens etc. Herztöne rein, Herzaktion lebhaft und accentuirt, Kniephänomene lebhaft, kein Fussklonus. Muss gehalten werden; windet sich und ruckt zeitweise hin und her. Es wurde seinem Drange einen Augenblick freier Lauf gelassen: stürzte sich mit dem Kopfe mit voller Wucht auf die Erde, bohrte die Finger in die Augen. Im Bade steckte er sofort den Kopf unter Wasser und suchte sich an den Rändern der Wanne zu verletzen. Nässt sich ein. Um 9 Uhr Abends: Injection von Hyoscin 0,001 + Morph. 0,025 gr. Schlief bis 12 Uhr, von da ab wie vorher unruhig, sodass er beständig gehalten werden musste. Die Hände wurden mit grossen Watte-

*) Herrn Sanitätsrath Dr. Alter, meinem verehrten Chef, spreche ich für die Erlaubniss zur Veröffentlichung des Falles hierdurch meinen besten Dank aus.



bäuschen verbunden. — 29. 3.: Sondenernährung. Abends 8 gr. Paraldehyd. Schlief nur wenige Stunden. Sucht sich beständig die Verbände abzustreifen. Polsterbettstelle und manuelles Festhalten in derselben. — 1. 4.: Musste bisher dauernd durch Wärter gehalten werden, damit er sich nicht aus dem Bett stürzt. Es wird ein extra angefertigtes Maschennetz über die Polsterbettstelle gespannt. Unausgesetzte schwerste Unruhe willkürlichen Bewegungscharakters, ruckt mit dem ganzen Körper, presst, stemmt, wirft sich hin und her, sucht zu den Augen zu gelangen, trachtet die Genitalien zu zerdrücken. Lässt unter sich. Stuhl bisher weiss-graulich, stark riechend, heute ganz wässrig. Spricht fast gar nicht, gelegentlich ganz vereinzelte Satzanfänge: „ich — ich will — ich muss — ich bin ein Heuchler . . ." —

4. 4.: Andauernd gleiches intensives Krankheitsbild. Nicht einen Moment Ruhe, dabei anscheinend keine genuine motorische Unruhe, sondern stets zielbewusste Impulse: versucht in die Augen zu bohren, die Genitalien herauszureissen oder zusammenzuquetschen oder sich kopfüber auf den Boden zu stürzen. Starker Widerstand gegen alle passiven Bewegungen. Etwas verfallen, schlechter Ernährungszustand. Besuch des Vaters: zunächst keine Reaktion auf Anrede, dann heftig weinendes Sich-abwenden und plötzliches Erfassen des linken Oberarms mit den Zähnen, sodass mit Mühe eine schwerere Verletzung verhütet werden konnte. Bei der Sondenernährung verzweifelter Widerstand, fasst mit den Zähnen danach, sucht sie herauszupressen. Versuchte noch wiederholt sich zu beissen. Zwangsjacke. — 9. 4. Schlaf nach Morphium-Hyoscininjektionen. 3—5 Stunden. Ernährungszustand geht zurück. Täglich diarrhoische Ausleerungen. Lässt alles unter sich. Liegt fasst gar nicht im Bett, arbeitet stets gegen die Zwangsjacke oder gegen das Netz, welches er durch Druck mit dem Kopfe zu lockern sucht. — 14. 4.: Unveränderter Selbstbeschädigungsdrang. Bei der Sondenernährung presst er so stark, dass die Nahrung nur ganz allmählich abfliessen kann. Zwangsjacke noch dauernd nothwendig. Hat wiederholt die Beine hoch in die Höhe gestreckt, den Kopf nach vorn gebeugt und sich in den eigenen Mund urinirt! (Wie er später angab, hoffte er sich mit Urin vergiften zu können.) Auf 2 $^1/_2$ gr. Trional mehrfach 4 — 5 Stunden Schlaf, aber keine Milderung der Unruhe.

Die vorstehenden Notizen werden ausreichen, um ein ungefähres Bild von dem Zustande zu geben; es war der schwerste Fall derart, welchen ich gesehen habe. In der zweiten Hälfte des Monats Mai konnte die Zwangsjacke fortgelassen werden, aber erst seit Ende October v. J. ist es möglich gewesen, auf j e d e mechanische Beschränkung dauernd zu verzichten. Ich glaube nicht, dass es möglich war anders zu verfahren als es geschehen ist, würde aber für jeden Fingerzeig in dieser Beziehung erfahrenen Collegen aufrichtig dankbar sein, da es für den Arzt gewiss nichts deprimirenderes geben kann als einem schwer beunruhigten Kranken tagtäglich nur mit physischem Kampf und Zwang begegnen zu können. Die Möglichkeit der internen Verabfolgung von Narkoticis war im Anschluss an die Sondenfütterung gegeben und wurde auch öfters, eine Zeit lang sogar regelmässig ausgenützt. Doch blieb vielfach die Wirkung aus und der schlechte Ernährungszustand des Patienten sowie namentlich die eine Zeit lang bestehende Diarrhoe, die unliebsamste Complikation schwerer Erregungszustände, setzten ihrer Anwendung Grenzen. Subkutane Einspritzungen von Hyoscin und Morphium wirkten auch in der Regel nur wenige Stunden und hierbei ergab sich noch folgende besondere Schwierigkeit: Einen Patienten nach solcher Einspritzung in der Zwangsjacke zu belassen, dürfte nicht unbedenklich sein. Sobald aber die Wirkung nachliess, setzte der gefährliche Selbstzerstörungsdrang sofort wieder ein. Zwei bis drei Wärter waren dann erforderlich, um ihn zu halten oder aber die Zwangsjacke wieder anzulegen. Schon am Tage hat die Durchführung solcher Pflege auf die Dauer von Monaten ihre grossen Schwierigkeiten, in der Nacht ist dieselbe ganz abgesehen von der dadurch für andere Kranke schwer vermeidbaren Störung, in einer öffentlichen Anstalt gar nicht zu leisten möglich. Es ist gewiss eine berechtigte Forderung, dass die Pflege in einem gut organisirten Krankenhause auch Nachts nicht irgendwie unterbrochen werde; aber dass für eine einzige Abtheilung eines Kranken wegen durch längere Zeit zwei bis drei Pflegepersonen mit kontinuirlichem Nachtdienst betraut werden, kann nicht verlangt werden.

Im äusseren Anschlusse hieran darf ich vielleicht eine andere Frage noch einmal zur Erörterung bringen, in Bezug auf welche S c h o l z („Die verschiedenen Methoden in der Behandlung Geisteskranker". München 1901, pag. 30) mir kürzlich, wie ich meine, zu Unrecht entgegengetreten ist, nämlich d i e F r a g e d e r U e b e r w a c h u n g i n i h r e r B e z i e h u n g z u r F r a g e d e r B e t t b e h a n d l u n g.

In meinem Pariser Congress-Referate habe ich gesagt, dass im Prinzip und in der Praxis die Frage der Bettbehandlung und der Ueberwachung getrennt behandelt werden müsse und fügte hinzu: „Keineswegs alle Kranke, welche mit Vortheil dem Regime dauernder oder theilweiser Bettbehandlung unterzogen werden, sind darum auch gleichzeitig besonderer nächtlicher Ueberwachung bedürftig". Dieser Satz wird von S c h o l z bemängelt. Er schreibt mit Bezug hierauf: „Welche Kranke hiermit gemeint sind, wird nicht gesagt. Wenn es nicht gerade Gelähmte sind, die zu Bett liegen, weil sie überhaupt nicht mehr aufstehen können, wüsste ich auch keine zu nennen. Auch könnte der Ausdruck „nächtliche Ueberwachung" irre führen. Ueberwachung, die im Grunde nichts ist als Krankenpflege, darf Tag und Nacht nicht ruhen, die Wachsäle sind Räume mit allem Comfort wirklicher Krankensäle. Gelähmte Paralytiker oder



Blödsinnige braucht man allerdings nicht darin unterzubringen, sondern kann sie abseits liegen lassen, aber auch ihnen wird eine nächtliche Ueberwachung und Handreichung gut thun, um sie nicht in ihrem Schmutz bis zum Morgen liegen zu lassen. Ganz zu verwerfen ist die von Neisser empfohlene Methode, „Wärter in den Krankenzimmern ruhig schlafen zu lassen". Was thun sie? Schlafen oder überwachen sie? Nach Neisser's Ansicht, der für diese Kranken besondere nächtliche Ueberwachung nicht für erforderlich hält, scheint ersteres der Fall zu sein. Dann möge warnend auf den Fall hingewiesen werden, wo vor einigen Jahren in einer grösseren rheinischen Anstalt eine Kranke die schlafende Pflegerin todtschlug, sich der Schlüssel bemächtigte und entfloh."

Ich hatte gehofft, dass die ganz ausführliche, seitenlange Darlegung in meinem Referate, aus welchem nur zwei Sätze wiedergegeben worden sind, Raum zu solchen Zweifeln nicht bieten würde. Nachdem dies aber doch der Fall gewesen ist, kann ich mich einer nochmaligen Darlegung um so weniger entziehen, als ein weiteres Missverständniss von Scholz, nämlich hinsichtlich der Prioritätsfrage, eng damit verknüpft zu sein scheint.

Dass Gelähmte und Blödsinnige Nachts nicht in ihrem Schmutz liegen bleiben sollen, ist eine so selbstverständliche Forderung, dass ich nicht gern glauben möchte, dass Scholz diese Mahnung, wie es nach dem Zusammenhange scheinen könnte, an meine Adresse gerichtet habe; eine Meinungsverschiedenheit kann darüber ja kaum existiren. Der Idealzustand wäre es vielleicht, wenn für alle Kranke der Anstalt ausnahmslos auch des Nachts eine dauernde Ueberwachung bezw. Wartung vorgesorgt wäre. Aber auch Scholz wird zugeben, dass dies nicht nur praktisch unausführbar, sondern auch de facto für die überwiegende Mehrzahl namentlich der chronischen Elemente in der Regel überflüssig ist. Der von Scholz berichtete Fall, dessen Mittheilung zur Warnung gewiss dankenswerth ist, beweist nur, dass Irrthümer in der Beurtheilung der Harmlosigkeit der Kranken möglich sind und dass man in dieser Hinsicht nicht vorsichtig genug sein kann. Hätte die Wärterin nicht bei der Kranken, sondern abgesondert geschlafen, so wäre sie ja wohl gesichert gewesen. Wenn aber statt dessen, was ja auch schon vorgekommen ist, die irrthümlich für ungefährlich gehaltene Kranke einen unerwarteten Angriff gegen eine schlafende Mitkranke gerichtet hätte, so wäre das Unglück nicht minder bedauerlich und der Vorwurf unzureichender Fürsorge gleichfalls gerechtfertigt gewesen. Missgriffe und Unglücksfälle lassen sich eben nimmer und nirgends absolut ausschliessen. Man wird also trotzdem in allen grösseren Anstalten sehr viele Kranke ruhig ohne kontinuirliche Wache schlafen lassen können und müssen.

Daraus ist doch aber nicht ohne Weiteres zu folgern, dass diese Kranken sämmtlich am Tage das Bett zu verlassen haben. Es kann doch die verschiedensten Gründe geben — auch „wenn es nicht gerade Gelähmte sind, die zu Bett liegen, weil sie überhaupt nicht mehr aufstehen können", — welche dem Arzte es zweckmässig erscheinen lassen, sie auch am Tage ganz oder theilweise im Bett zu belassen, und zwar Gründe, welche von dem psychischen Verhalten der Patienten hergeleitet sind, auch ohne dass ein direkter therapeutischer Effekt erstrebt wird. Ich denke z. B. an Kranke, welche nur unvollständig angekleidet bleiben oder sich auf dem Fussboden kauern oder durch bizarre Bewegungsweisen und lebhafte Gestikulationen störend sind oder um sich spucken u. s. w. Das ist es eben, was ich unter der Durchführung der Bettbehandlung als allgemeines Anstaltsregime — im Gegensatz zu der Bettbehandlung als therapeutische Einzelanordnung bezeichnet und dessen Prinzip ich generell dahin formulirt habe, „dass alle Elemente, deren Haltung und äusseres Benehmen ungeordnet, erregt oder überhaupt auffällig ist — (welcher Krankheitsform sie auch immer angehören) — am besten im Bett aufgehoben sind. Sie mögen, wenn der Arzt es für angezeigt hält, zur Theilnahme an der Arbeit und Zerstreuungen, zum Gartenbesuch oder vielleicht zum Essen das Bett verlassen, aber ihr stumpfes Umherhocken oder ungeregeltes Durcheinanderwirbeln auf Corridoren und in den Anstaltsräumen ist unbedingt zu verpönen und durch die Bettruhe zu ersetzen."

Nur die Aufstellung und Durchführung dieser erweiterten und vom therapeutischen Gesichtspunkte losgelösten programmatischen Forderung habe ich für mich reclamirt und diesen Anspruch halte ich aufrecht, da mir keine Anstalt bekannt ist, in welcher zu jener Zeit dieses Regime in dem nämlichen Umfange und von den nämlichen Grundsätzen geleitet wie hier in Leubus in Anwendung gezogen worden wäre. Dass auch im St. Jürgen-Asyl in Bremen dies nicht der Fall gewesen ist, scheint mir durch die soeben kritisirte Stellungnahme von Scholz am besten erwiesen. Ausserdem geht es aus dem später noch zu erwähnenden Zahlenverhältnis der Bettlägerigen hervor. Scholz thut mir also Unrecht, wenn er glaubt mich hinsichtlich der Prioritätsansprüche auf die Einführung der Bettbehandlung zurückweisen zu



müssen (a. a. O. p. 22), da ich solche in dem von ihm angenommenen Sinne nie erhoben habe! Wenn er die Freundlichkeit gehabt hätte, meine Arbeiten vor seiner Polemik einer Durchsicht zu würdigen, so würde ihm doch zum Mindesten der Umstand seinen Irrthum haben aufweisen müssen, dass ich in dem von mir 1893 zu dieser Frage gegebenen Literaturnachweise nicht weniger als 9 Arbeiten mit gesperrtem Druck selbst namhaft mache, welche vor meiner (zwei davon übrigens — Rabow 1876, Wille 1879 — auch vor seiner) ersten Publication die Frage der Bettbehandlung von psychischen Erregungszuständen ausführlich erörtern und er würde gesehen haben, dass ich für diese so segensreiche und das ganze Anstaltswesen reformirende therapeutische Methode ausdrücklich Ludwig Meyer die Priorität zugeschrieben habe *). Es gereicht mir zur Befriedigung, Scholz gegenüber darauf hinweisen zu können, dass andere Autoren, z. B. Emminghaus (in Penzoldt und Stintzing's Handbuch der Therapie, 2. Aufl. Bd. VI, pag. 236), ferner Korsakoff, Serbsky u. A. die oben gemachte Unterscheidung von sich aus ganz richtig in meinem Sinne erfasst und gewürdigt haben.

Diese Unterscheidung zwischen Bettbehandlung als Anstaltsregime und Bettruhe als Therapie ist, wie ich in meinem citirten Referate näher auseinandergesetzt habe, natürlich keine ganz stringente. Aeusserlich trat der Unterschied zunächst etwa so in die Erscheinung, dass sich die Anwendung der Bettbehandlung nicht mehr blos auf die ursprünglichen Wachabtheilungen beschränkte und dass die Zahl der jeweilig Bettlägerigen eine absolut und relativ erheblich grössere war. In seiner Publikation vom Jahre 1889 wundert sich Scholz, „dass in Alt-Scherbitz (bezieht sich auf das Jahr 1887) die Wachabtheilung nur etwas über 20 Betten (scil. für jedes Geschlecht) enthalte", während sie in Bremen mit 16 Betten jederseits bei einer Gesammtzahl von 174 Betten (also über 18 pCt.) sich schon als zu klein erwiesen hätten. Bei uns lagen zur Zeit meines ersten Berichtes auf dem Internat. Medizin.-Congress zu Berlin (Berlin. Klin. Wochenschrift 1890, Nr. 38) von ca. 200 Kranken, 44 Männer und 76 Frauen zu Bett und ich postulirte ganz allgemein für je 100 Kranke durchschnittlich die Einrichtung von 3 getrennten Bettabtheilungen zu je 21 Betten!

In dem seither verflossenen Decennium ist das Verfahren wesentlich weiter entwickelt und ausgebaut worden, es existiren an allen besseren Anstalten eine ganze Anzahl verschieden modificirter Wach- und Bettabtheilungen und es wäre ein gekünsteltes Bemühen zwischen „Regime" und „Therapie" einen Unterschied noch irgend construiren zu wollen. Das hatte nur seine Bedeutung früher in der Uebergangszeit und sodann als Hilfsmittel zur Klärung der Frage, wo es galt, wie in Paris, die modernen Principien auf fremden, noch wenig vorbereiteten Boden zu verpflanzen. Heute können wir die Frage im Wesentlichen als abgeschlossen betrachten, an die Stelle von localen Traditionen und vielleicht einseitig übertriebenen Bestrebungen sind gesicherte Kenntnisse und Erfahrungen getreten und wir kennen im Wesentlichen Vortheile und Nachtheile von Isolirung und Gemeinsamkeit der Kranken und die Indikationen, welche der Ruhe einerseits und der Arbeit andrerseits im psychiatrischen Behandlungsplane zukommen.

Dass aber der Umschwung so allseitig, schnell und günstig, fast selbstverständlich sich vollzogen hat, das ist vor allem dem Umstande zu danken, dass in den letzten Jahren so viele Anstalten neu erstanden sind und dass es gelungen ist, für die moderne Irrenanstalt zweckmässige Bautypen zu schaffen. Und da einmal nothgedrungen so viel von Priorität hier die Rede sein musste, so ist es nur Sache der Billigkeit zu bekennen, dass den weitreichendsten und günstigsten Einfluss für die Ausgestaltung und Propagation der modernen Behandlungsweise in diesem Sinne Paetz in Alt-Scherbitz geübt hat.

*) Scholz glaubt diese Priorität unbedingt für sich in Anspruch nehmen zu müssen. Er bezieht sich auf seine Publikationen vom Jahre 1882 und 1888, und giebt an, dass er seit etwa 1870 Bettbehandlung und seit 1876 Bettbehandlung in Wachabtheilungen geübt habe. Er gedenkt wohl auch der bezüglichen Anregungen von Ludwig Meyer, doch habe letzterer ebenso wie Guislain hauptsächlich nur für Melancholiker die Bettbehandlung angerathen. Das ist aber unrichtig, wie schon die Titel der verschiedenen Abhandlungen von Ludwig Meyer und seinen Schülern darthun. U. a. liess L. Meyer 1881 eine Dissertation von Iwan Flersheim in Göttingen drucken, betitelt „Die Behandlung der Manie in der Bettlage", in welcher auf pag. 8 der Satz sich findet: „Die Bettlage Maniakalischer bildet das gebräuchlichste Verfahren der Göttinger Irrenanstalt und ist von dem Leiter derselben, Prof. L. Meyer, seit ca. 25 Jahren durchgeführt." Auch persönlich hat mir L. Meyer mündlich und schriftlich diese Angaben bestätigt. Scholz wird mir danach zugeben müssen, dass ich berechtigt war, in Ludwig Meyer den Schöpfer dieser Methode zu verehren. Ich bin aber weit entfernt davon, die Selbstständigkeit und Bedeutung von Scholz in Fragen der freien Behandlung, speciell der Bettbehandlung anzweifeln zu wollen.

Gedächtnisskuren.

Von *Joh. Bresler.*

Als das Grundsymptom der Nervosität wird die sogenannte reizbare Schwäche bezeichnet, d. h. die Schwäche des Nervensystems, welche darin besteht, sich schon von geringeren Reizen als für die Norm zutrifft, beanspruchen zu lassen und darauf zu reagiren. Dieser Ansicht liegt die Auffassung zu Grunde, dass das Vermögen auf Reize in gesetzmässiger Weise zu reagiren, die Haupteigenschaft der Nervensubstanz ist. Nicht minder wichtig aber ist deren Vermögen, die Wirkung des Reizes, den Eindruck festzuhalten. Genau betrachtet ist ja allerdings das Gedächtniss nur ein Theil jener Reaction, jenes Reflexvorganges des Nervensystems, insofern wir dabei nicht so sehr die Entstehung und das Verschwinden des Eindruckes als dessen Dauer und Festigkeit im Auge halten. Auch das Gedächtniss ist bei der Nervosität häufig in Mitleidenschaft gezogen.

Wenn wir zunächst erörtern, welche Rolle das Gedächtniss in unserem Leben spielt, so sei ein Vergleich gezogen zwischen der Bethätigung des Gedächtnisses in der Jugend und in den späteren Jahren. Wer auf seine Schuljahre zurückblickt, wird einsehen, dass er nie mehr wieder in dem Maasse wie damals Gedächtnissübungen vorgenommen, Gedächtnissstoffe aufgenommen hat; täglich mussten wir neues Gedächtnissmaterial uns aneignen, täglich stärkten wir unser Gedächtniss. Wie ganz anders in den späteren, den Berufsjahren. Vieles wird vergessen und an Stelle des Vergessenen tritt nicht neues Gedächtnissmaterial; wir üben infolgedessen unsere Merkkraft nicht mehr in demselben Grade, wie früher. Wir leisten mehr kritische Arbeit. Denken wir uns auf der einen Seite Jemanden, der in der Bildergalerie ein Gemälde nach dem Andern gemächlich betrachtet und die Eindrücke ruhig sammelt und in sich aufnimmt, und auf der anderen Jemanden, der in einer Laterna magica oder sonstigem Projectionsapparat die Bilder an sich vorüberschwirren lässt, so haben wir einen allerdings nur ungefähren Vergleich für die Thätigkeit unseres Gedächtnisses in der Jugend und in späteren Jahren. Unser Geist hat gar nicht Zeit bei irgend etwas zu verweilen, um daran die ursprünglichste Kraft und Eigenschaft des Gehirns, die Merkkraft zu üben; die Reize und Eindrücke sind zu flüchtig, sie gehen zu schnell vorüber, als dass sie nachhaltig sich einprägen können; das Gedächtniss kommt gar nicht zu seiner eigentlichen Thätigkeit, obgleich es durch kleine Leistungen fortwährend in Anspruch genommen wird. Aehnlich einem Muskel, der beständig kleine und halbe Contractionen macht, ohne sich jemals in seiner ganzen Kraftentwicklung zu entfalten und zu üben. Ja man kann sagen, dass, wie in der Kraft der Muskeln die Bedingung für Selbstvertrauen, für eine feste Gemüthslage ruht, so in der Stärke des Gedächtnisses die Voraussetzung für ein freudiges, zuversichtliches Schaffen auch auf geistigem Gebiet und für die Lust an der geistigen Arbeit.

Man hört bei Nervösen so oft Beschäftigung empfehlen, wo es gilt den Kranken von den Gedanken über seine Beschwerden abzulenken, aber durch diese blosse Ablenkung und Zerstreuung stärkt man ihn nicht und verschafft man ihm infolgedessen auch nicht eine bessere Gemüthslage. Die Zerstreuung selbst ist ja oft die Ursache der Nervosität. Ich glaube hier müssten oft zweckmässig die G e d ä c h t n i s s k u r e n einsetzen, d. h. methodische Uebungen im Auswendiglernen irgend eines für das Gemüth wie für die Bereicherung unseres Wissensschatzes wichtigen Stoffs — methodische Uebungen, indem man dem Kranken die Anforderungen, von den einfachsten und leichtesten zu schwereren fortschreitend, dosirt. Und wenn wir den Stoff aus den Unterrichtsfächern der Schule, des Gymnasiums (Horazische Oden, Piecen aus deutschen Klassikern etc.) oder selbst aus den etwas trockeneren Fächern des Universitätsstudiums auswählen, wird dann nicht Manchem mit der Erinnerung an das damals Gelernte auch die Erinnerung an die schöne Jugend sein Gemüth neu und frisch beleben?

Sollten diese Zeilen zu Versuchen mit Gedächtnisskuren, deren genauere Ausgestaltung und Anpassung für den einzelnen Nervenkranken Sache des Arztes ist, anregen, so hätten sie ihren Zweck erfüllt. Es würde zu weit führen, die Gründe aufzuzählen, weshalb in der Gegenwart das Gedächtniss, das Memoriren nicht mehr in so hohem Ansehen steht wie früher. Bei den alten Griechen und Römern stossen wir bereits auf Versuche, die Gedächtnisskraft methodisch zu steigern (Pythagoras, Metrodorus, Charmidas). Auch im vorigen und im 18. Jahrhundert sind solche Bestrebungen aufgetaucht. Von Lord Byron z. B. ist bekannt, dass er zur Beseitigung seines nervösen Zustandes und um seinen Geist zu concentriren, sich selbst Gedächtnissübungen, u. a. die Erlernung der armenischen Sprache, verordnete.

M i t t h e i l u n g e n.

— **VIII. Congress der Pirogow-Gesellschaft zu Moskau im Januar 1902.** Aus dem Programm der 8. Section (Nerven- und Geisteskrankheiten).

D e m e n t i a p r a e c o x. Von W. v o n T s c h i s h (nach einem Autoreferat).

Die D. pr. ist eine häufige Erkrankung, bildet etwa 10 % aller Geisteskrankheiten des Jugendalters. Fast stets ist neuropathische Belastung nachweisbar, schon von Kindheit an zeigen die Kranken nervöse Veranlagung. Beginn im 17.—18. Lebensjahr. Meist sind deutliche Degenerationszeichen vorhanden. Die D. praecox ist nur als das letzte Stadium der Entwicklung einer pathologischen Organisation zu betrachten.



Es kann mitunter schwierig sein, die in Rede stehende Krankheit von der Dementia paranoides zu trennen, diese wird wiederum mit der Paranoia verwechselt. Alle 3 Krankheitsformen treten in verschiedenen Lebensaltern auf, gehören aber einer Gruppe an. Die D. pr., besser Hebephrenie, endet mit Schwachsinn, der besondere Kennzeichen besitzt, und die verschiedensten Grade zeigen kann. Charakteristisch ist die Armuth und Verwirrtheit des Vorstellungsinhalt's.

Die Bettbehandlung ist bei D. pr. nicht angezeigt.

Zur Frage der Dementia praecox. Von W. Serbsky.

Die Dementia secundaria muss als besondere Krankheitsgruppe bestehen bleiben. Man darf die Krankheiten nicht nach ihren Ausgängen beurtheilen, falsch ist daher die Behauptung von Kraepelin, dass Amentia stets in Heilung überginge, factisch soll auch ein Theil dieser Fälle zu unheilbaren chronischen Zuständen führen (Serbsky). Manie und Melancholie können ebenfalls zu Schwachsinnszuständen führen; Kraepelin's Ansicht, dass die letzteren Krankheiten stets periodisch, seien ist unrichtig. Zum Gebiet der Dementia praecox sollten nur jene Fälle gerechnet werden, die 1) im frühen Jugendalter beginnen und 2) schnell zu Schwachsinn führen. Hält man an diesen 2 Kennzeichen fest, so ergiebt sich eine festumschriebene Krankheitsgruppe, es müssen alle späteren Erkrankungen (40—50 J.) und die in Genesung übergehenden ausgeschieden werden. Eine Intoxication durch Resorption der Secrete der Geschlechtsdrüsen ist zur Erklärung der Krankheit nicht ausreichend.

Es lassen sich 3 Formen der Dementia praecox unterscheiden, die hebephrenische, katatonische und die paranoide. Häufig vermengen sich die Erscheinungen aber derartig, dass eine Trennung unmöglich wird. In einzelnen Fällen erscheint die Dem. pr. als Ausgangsform acuter Zustände (Amentia, dementia acuta). Es kommt auch zu Heilung mit unbedeutendem Defect, doch häufig folgen dann erneute Attaquen mit stets weitergehenden Defecten (dementia secundaria progressiva).

Die Frage, ob die Dem. pr. den degenerativen Psychosen zuzuzählen sei, bleibt offen; zweifellos spielt häufig die neuropathische Belastung eine grosse Rolle.

Zwei Jahre patronage familial. Von N. Wyrubow.

Von den zahlreichen Thesen seien hier nur die wichtigsten angeführt:

1. Die Familienpflege erscheint als eine nothwendige und den übrigen gleichberechtigte Methode der Unterbringung Geisteskranker.

2. Die Familienpflege ist etwa in 20% aller Fälle anwendbar; am passendsten erscheinen die Ausgangsstadien der Dementia praecox, die senile Dementia, Paralytiker während der Remissionen; theilweise die eplieptischen Schwachsinnszustände und die Intervalle periodischer Psychosen.

3. Die Arbeitsfähigkeit des Kranken soll bei Bestimmung des Pflegegeldes nicht berücksichtigt werden, da die Arbeit nur als ein Heilfactor betrachtet werden sollte.

Die Diagnose der progressiven Paralyse. Von W. v. Tschish (nach einem Autoreferat).

Von der progressiven Paralyse sollen besonders abgegrenzt werden 1. die dementia e laesione cerebri organica und 2. die Lues cerebro-spinalis. Das ist möglich, wenn man sich an folgende Kriterien hält: Die progr. Paralyse ist Metasyphilis, d. h. das wirksame Agens der Syphilis ist in ein Stadium übergegangen, in dem es die elective Fähigkeit der ersten Perioden, bestimmte Gewebsarten zu befallen, verloren hat und den ganzen Organismus schädigt, ohne Herdsymptome zu machen. Alle Hirntheile werden gleichmässig befallen, alle Hirnfunctionen in gleicher Weise geschädigt. Die Paralyse ist eine stetig fortschreitende Erkrankung, lange Remissionen kommen nicht vor. Lues cerebrospinalis geht selten in Paralyse über.

Eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie. Von M. Lion.

Das von Poehl dargestellte Opocerebrin ist ein mächtiges Heilmittel gegen die idiopathische Epilepsie. Besonders günstig sollen die psychischen Erscheinungen beeinflusst werden, sogar recht veraltete Fälle geben Heilungschancen. Bei heftigen Anfällen ist gleichzeitige Bromtherapie angezeigt. Schädliche Nebenwirkungen fehlen.

Zur Pathologie und Pathogenese der Syringomyelie. Von P. Preobraskensky.

1. Da nicht nur initiale sondern auch alte Fälle von Syringomyelie latent verlaufen können, so können weder Traumen noch Blutergüsse eine vorherbestehende Höhlenbildung ausschliessen.

2. In den Fällen des Verf. war die Höhle entweder vom Centralcanal oder dessen Divertikel gebildet, immer liess sich an den Wänden Epithel nachweisen; wenn weder der Zusammenhang mit dem Centralcanal noch Epithel nachweisbar waren, so ist eine zu geringe Zahl von Schnitten untersucht worden.

— Nachdem in der Entscheidung des deutschen Reichsgerichts vom 16. Juni 1900 und in der dazu erstatteten Erklärung des Oberreichsanwalts vom 23. October 1900 die Ansicht ausgesprochen und in dem Urtheil zum Ausdruck gebracht wurde, dass die Bestimmung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes vom 27. Mai 1896 (§ 4) auch auf die von den sogenannten **Heilkünstlern** dargebotenen „gewerblichen Leistungen“ anwendbar sei, ist die Möglichkeit geboten, auch gegen die von solchen Heilkünstlern beliebte Methode an chronisch Nervenleidende alle möglichen und besonders unmöglichen angeblichen Arzneistoffe zu verabfolgen bezw. zu versenden, mit Erfolg einzuschreiten. Besonders sei auf den Unfug hingewiesen, der in dieser Hinsicht bei den oft durch ihr Leiden der Kritik beraubten Epileptikern getrieben wird. Auch die Verabfolgung der an sich nützlichen Bromsalze an Epileptiker durch Nichtärzte, die den betr. Kranken garnicht einmal gesehen, ist als solcher strafwürdiger Unfug zu bezeichnen, gegen den übrigens auch die Apotheker



einzuschreiten allen Anlass hätten. Ungezählte Summen werden dadurch den Kranken entlockt. — Antragsberechtigt sind die Aerzte selbst wie auch die Aerztekammern. Der Antrag ist bei der Staatsanwaltschaft zu stellen.

— Bis zum J. 1891, in welchem (durch das Gesetz vom 11. Juli) die gesetzliche bezw. öffentliche Fürsorge für unbemittelte Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Taubstumme und Blinde geregelt worden, war es auch in Preussen bekanntlich Sitte, derartige Personen auf Lebenszeit gegen einen bestimmten Betrag in eine Anstalt „einzukaufen" — eine Einrichtung, die für den Eingekauften oft mehr Härte als Wohlthat war. Viele dieser Anstalten — Institute, die sich z. Thl. von den Gaben freiwilliger Wohlthätigkeit unterhalten, beherbergen noch heute Pfleglinge, die auf diese Weise vor Inkrafttreten jenes Gesetzes eingekauft wurden. Es wäre nun aus verschiedenen Gründen zweckmässig und erforderlich, wenn die Justizverwaltung die Vormundschaftsgerichte veranlassen wollte, darauf hinzuwirken, dass die Einkaufsverträge, die zwischen den Anstalten und den gesetzlichen Vertretern der Inquilinen bestehen, aufgehoben würden und die Ueberleitung der privaten in die staatliche Fürsorge stattfände, denn für diejenigen Pfleglinge, deren Einkaufssumme, wie dies meist der Fall, längst aufgebraucht ist, muss es deprimierend sein, gewissermaassen von der Gnade und Barmherzigkeit, mit der das Institut ihnen Kost und Verpflegung zutheilt, abhängig zu sein, während den nach dem Jahre 1891 Aufgenommenen der rechtliche Anspruch aus dem von den Armenverbänden gewährten Verpflegungssatz uneingeschränkt zusteht. Noch schlimmer dran sind aber diejenigen Insassen, bei denen im Laufe des Jahres einerseits die Summe aufgebraucht, andrerseits die Nothwendigkeit geschlossener Anstaltspflege geschwunden ist und die nur noch im gewöhnlichen Sinne hilfsbedürftig sind. Der Ortsarmenverband übernimmt die Unterstützung einer solchen Person nicht, weil auf der betr. Anstalt die Versorgungspflicht lastet, und der Pflegling muss nolens volens in der Anstalt verbleiben. Auch hier muss der Vertrag als eine Härte empfunden werden, die früher als das geringere von zwei Uebeln wohl hinzunehmen war, die sich aber ebenfalls auf dem oben bezeichneten Wege beseitigen liesse. Wir empfehlen diese Sache der eingehenden Prüfung der Justizbehörden.

Referate.

— Errichtung von besonderen Anstalten für Verbrecherirre. Gutachten u. s. w. von Dr. A. Regnard. Ann. Méd.-Psych. Juli-Aug. 1901.

Verf. durchgeht zuerst die Entstehung der englischen Anstalten für Verbrecherirre, Broadmoor, Perth und Dundrum. Der erste Anstoss wurde durch das Attentat gegeben, welches Hatfield auf König Georg III. machte, denn es hatte den Erlass eines Gesetzes zur Folge (Insane offenders Act. 28. Juli 1800), laut welchem Verbrecher, die als Irre erkannt würden, einer scharfen Ueberwachung zu unterstellen seien. Zu diesem Zwecke wurde 1816 in Bedlam ein besonderes Gebäude errichtet, das indess kein befriedigendes Resultat ergab. Im Jahre 1852 beantragte Lord Shaftesbury die Erbauung einer besonderen Anstalt. Aber erst 1860 wurde die nöthige gesetzliche Grundlage hergestellt und der Bau von Broadmoor beschlossen, das dann 3 Jahre später wirklich eröffnet wurde. Im Jahre 1884 wurden die gesetzlichen Bestimmungen unter dem Titel: Criminal Lunatic's Act. vervollständigt. Nach diesem Gesetz sollen in Broadmoor aufgenommen werden:

a) die nicht verurtheilten verbrecherischen Irren, also solche, welche vor und während der Untersuchung als Irre erkannt wurden,

b) die verurtheilten Verbrecherirren und zwar solche, welche wegen Geisteskrankheit freigesprochen, oder an denen aus demselben Grunde die Todesstrafe nicht vollzogen wurde, und endlich die geisteskrank gewordenen in Haft befindlichen Verbrecher.

Diese letztgenannte Categorie kann auch in den Grafschaftsgefängnissen, oder in Fisherton House untergebracht werden, welches wie ein Adnex von Broadmoor galt. In dem Invalidengefängniss von Woking wurde eine spezielle Abtheilung für dessen geisteskrank gewordenen Insassen eingerichtet, die Behandlung aber war strenger als in Broadmoor.

Verf. sucht den Grund, warum Englands Beispiel auf dem Continente so lange keine Nachahmung fand, in den herrschenden aber verkehrten Ansichten über die Stellung der Irren. Gewiss seien auch die Verbrecherirren Kranke, aber die Suprema lex, näml. die Salus publica verlange eine bessere Sicherung, als sie gewönhlich Irrenanstalten bieten könne. Nun könnten zwar in letzteren besondere Gebäude für diese gefährlichen Kranken errichtet werden, mit starken Gittern und hohen Mauern. Aber diese hieraus resultirende Vielzahl der Verbrecherirrenstationen würde einmal, da sie ein besonders zahlreiches und geschultes Personal beanspruchen, sehr kostspielig werden und würde die Anstalten discreditiren, weil Niemand seine kranken aber harmlosen Anverwandten gerne in dieser Gesellschaft sähe; und die zellenlose Behandlung würde erst recht illusorisch gemacht.

Die Mehrzahl der Verbrecherirren gehöre übrigens gar nicht den ausgesprochenen Formen der Psychosen, sondern den Degenerirten an, welchen mehr die ethisch-moralischen als die intellectuellen Eigenschaften fehlen. Auch in Frankreich haben sich das dem Bicêtre angegliederte Quartier für Verbrecherirre und das 1876 eröffnete Gaillon nicht bewährt. Erst die Discussion im Schoosse der Soc. médico-psychologique von Paris, im Jahre 1882, brachte als Zusatz zum projectirten neuen Irrengesetz, die Anregung, Specialanstalten für Verbrecherirre zu creiren. Der Senat gab ihr als Act. 38 folgende Fassung: Der Staat errichtet eine oder mehrere Anstalten für Verbrecherirre, deren Versorgung den administrativen Behörden anheimfällt. Ebendaselbst werden gefährliche Elemente der gewöhnlichen Irrenanstalten internirt, dann geisteskrank gewordene Sträflinge, und solche, welche nach Verbüssung ihrer Strafe als geisteskrank erkannt werden. Der Minister des Innern trifft die Verfügung. — Belgien (Justizminister Lejéune) folgte mit einem das gleiche Ziel ins Auge fassenden Gesetzesvorschlag im Jahre 1890, nur wird den Gerichtsbehörden die Competenz gegeben, die

Patienten den zu creirenden Staatsanstalten zuzuweisen. In Italien legte 1891, Muotere, Minister des Innern, gestützt auf ein Gutachten Lombroso's dem Senate einen analogen Gesetzesvorschlag für Creirung von Verbrecherirrenanstalten (manicomi criminali) vor. Der Minister des Innern verfügt die Internirung auf Grund ärztl. Zeugnisse; und die Gerichtsbehörde kann Untersuchungsgefangene behufs Beobachtung und Begutachtung hinschicken. Die Entlassung geschieht, wenn ärztl. Seits bezeugt wird, dass das Gefährliche aus dem Zustande des Patienten geschwunden sei. — Auch in den gewöhnlichen Irrenanstalten und in den Gefängnissen sollen Beobachtungsstationen geschaffen werden. In Montelupo, Aversa und Reggio Emilia sind bereits solche Anstalten in Betrieb. —

Es folgten Spanien, Portugal, Deutschland, die Vereinigten Staaten Nordamerikas z. Th. unterstützt durch Resolutionen wissenschaftlicher Congresse.

Ist einmal die Sache grundsätzlich angenommen, so fragt es sich, wieviele solcher Specialanstalten errichtet werden sollen und Verfasser stützt seine Frankreich betreffende Berechnung auf die Verhältnisse von 10 Departementalanstalten. Im Durchschnitt enthielten diese letzteren je 30 verbrecherische Irre, in allen 82 Departementalanstalten Frankreichs würden sich demnach 2400 befinden. Das würde 5 Specialasyle zu 500 Patienten erfordern. Indessen kann man die leichtern Fälle, die Vagabunden, Diebe und dgl. in den gewöhnl. Anstalten belassen, und nur die schweren Fälle, die Mörder, Brandstifter, die welche Sittlichkeitsverbrechen begangen haben, und auch sonstige gefährl. Elemente in Specialanstalten verbringen. Dafür würden 3 Anstalten zu 500 Plätzen genügen. Aufnahme und Entlassung soll nicht sowohl von der Justiz, als vielmehr von der ärztl. Competenz abhängen. —

Dass diese Anstalten finstere Gefängnisse würden, brauche man nicht zu befürchten. Die franz. Expertencommission habe in Perth z. B. sehr gefällige Einrichtungen, und ein vorzügliches gesellschaftliches Leben getroffen. —

Diese Anstalten wollen also 2 Bedingungen erfüllen: 1) Die bürgerliche Gesellschaft von den lästigen und gefährlichen Elementen befreien, und 2) diesen letzteren selbst die möglichst günstigen Lebensbedingungen schaffen.

Verf. formulirt schliesslich folgende, dem vor der Deputirtenkammer liegenden Rathschlage einzuverleibende Postulate:

I. Es sollen auf dem Territorium der franz. Republik besondre Anstalten für Internirung und Behandlung verbrecherischer Irren, in einer dem Bedürfniss entsprechenden Zahl errichtet werden.

II. Sie sollen: „Staatsanstalten für verbrecherische Irre" benannt werden. Bau- und Einrichtungskosten übernimmt der Staat, die Betriebskosten dagegen fallen den Departementen zu Lasten.

III. Es sollen aufgenommen werden:

a) Sträflinge, die während ihrer Haft geisteskrank werden.

b) Untersuchungsgefangene, die sich geisteskrank erweisen oder im Process wegen Geisteskrankheit straffrei erklärt werden.

c) Ausnahmsweise auch Kranke anderer Anstalten, die von den Aerzten für besonders gefährlich erklärt werden. —

IV. Die sub IIIa benannten Individuen werden durch Verordnung des Ministers des Innern in den Staatsanstalten versorgt. Für alle andern bedarf es zur Aufnahme und zur Entlassung einer gerichtsärztl. Expertise mit allen wünschenswerthen Garantien.

Burckhardt.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Journal of Mental Science, January, 1902.

John Warnock, Some Cases of Pellagrous Insanity.

P. W. MacDonald, Note on the Prefrontal Lobes and the Localisation of Mental functions.

John Baker, Female Criminal Lunatics: a Sketch.

W. C. Sullivan, Crime in General Paralysis.

Conolly Norman, Notes on Hallucinations: I.

Alex. Robertson, Case of Unilateral Hallucinations of Hearing, chiefly Musical; with Remarks on the Formation of Psycho-cerebral Images.

J. B. Blachford, Degeneration of the optic Thalami (Preliminary Note).

Adèle de Steiger, Two Cases of Lipoma of the Brain.

A. R. Urquhardt and W. Ford Robertson, A Case of Epilepsy following Traumatic Lesion of Prefrontal Lobe.

Il Manicomio. XVII. 3.

Mondio, Psicosi isterica e mioclonia

Del Greco, Valora e limiti dell' indagine psicologica negli studi psichiatrici e di antropologia criminale (Corpo e Mente)

Angliolella, Sopra una forma speciale di negativismo mnemonico

Masi, La stereoradiografia del cranio.

Tomasini, Sulla Patogenesi dell' oto-ematoma negli alienati.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Dr. Kreuser, Direktor der königl. Heil- und Pflegeanstalt Schussenried ist durch Erlass vom 9. XII. 01 unter Verleihung des Titels und Ranges eines Medicinalraths in gleicher Eigenschaft an die Heil- und Pflegeanstalt Winnenthal versetzt worden. Derselbe tritt diese Stelle am 15. II. 02 an.

— Prof. Koshewnikow, der Direktor der Moskauer Klinik für psychische und Nervenkrankheiten, einer der angesehensten russischen Nerven- und Irrenärzte, ist in Moskau gestorben. Er erhielt 1866 die damals bei der Moskauer Universität begründete Professur der Irrenheilkunde. Ihm ist die Errichtung einer Irren- und Nervenklinik in Moskau zu verdanken.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 47. 15. Februar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. (Direktor Dr. Alt.)

Ein Fall von hysterischer Hautgangrän.

Von *Dr. E. Burchard.*

(Nach einem Vortrag im Altmärkischen Aerzteverein.)

M. H.

Der Kranke, der Ihnen heute vorgestellt wird, suchte die hiesige Nerven-Poliklinik zum ersten Mal am 30. October 1899 auf.

Ausser seinem Hautleiden waren es noch andere, später zu erwähnende Beschwerden, die ihn dazu veranlassten.

Im Vordergrunde seines Leidens aber stand die ihn seit $1^1/_2$ Jahren quälende Hautaffektion, gegen die bisher die verschiedensten Eingriffe erfolglos geblieben waren. In der That erschien das Leiden nach Entstehung und Verlauf eigenartig und räthselhaft und den typischen Formen der Hauterkrankungen schwer einzureihen.

H. N., 18 Jahre alt, ist der Sohn eines luetischen Vaters, Subalternbeamten, die Mutter ist Jüdin; 7 Geschwister sind bald nach der Geburt gestorben, 2 Brüder leben und sind gesund, ebenso eine Schwester. Ein Bruder ist, 7 Jahre alt, an Diphtherie gestorben.

Die Geburt des Pat. soll sehr schwer gewesen sein. Er war ein schwächliches, skrophulöses Kind, hat Keuchhusten, Masern und Diphtherie in sehr schwerer Form durchgemacht, spät laufen und sprechen gelernt. Geistig ist er nach Angabe des Vaters etwas zurückgeblieben, hat die Schule mit sehr mässigem Erfolg besucht, um nach den Abgang von derselben das Buchbinderhandwerk zu erlernen. Im letzten Jahre seines Schulbesuchs wurde er zur Onanie verleitet, hat nach seinen Angaben täglich 1 bis 2 Mal masturbirt, will aber nach dem Verlassen der Schule ganz davon Abstand genommen haben. (?)

Von Sommer 97—98 hat er an sehr heftigem, fast täglich auftretendem Nasenbluten gelitten. Von Anfang Juni 98 datiert der Beginn des Hautleidens. Pat. schildert denselben folgendermaassen:

Eine rundlich begrenzte, etwa Zehnpfennigstück grosse Stelle auf dem rechten Handrücken begann ohne irgend welche Veranlassung zu jucken und zu brennen, während sie gegen Berührung und Druck unempfindlich war. Die Haut über dieser Stelle verfärbte sich nach etwa 2 Tagen roth und schwoll an, um in Verlauf der nächsten Tage blaugrün, dunkelbraun zu werden und endlich in einen schwärzlichen Schorf überzugehen. Pat. suchte den Arzt auf, der



die Partie ausschabte, worauf Heilung eintrat. Bald aber wiederholte sich der Vorgang an einer anderen Stelle des Handrückens; hier stiess sich der Schorf von selbst ab, es lag eine reichlich sezernirende, stark granulirende Wundfläche frei, die sich nach 5—6 Wochen vom Rand her überhäutete und heilte. Der gleiche Prozess wiederholte sich nun an verschiedenen Stellen der Streckseite des rechten Unterarmes, immer dauerte der Verlauf etwa 5—6 Wochen. Inzwischen hatte Pat., dem sein Leiden unerträglich geworden war, die Lassar'sche Klinik aufgesucht und wurde hier in Hinblick auf seine luetische Belastung mit Kal. jodat., Schmierkuren u. s. w. behandelt. Die Hauterkrankung aber schritt inzwischen weiter vor. Auf dem Handrücken und der Streckseite des linken Armes spielten sich die gleichen Vorgänge ab, wie vorher am rechten. Pat. verliess nach 9 Wochen die Klinik; zu Hause machte die Affektion weitere Fortschritte; es entwickelte sich eine Stelle auf der Brust, der dann abwechselnd solche auf dem linken und rechten Oberschenkel folgten. Pat. kam dabei geistig und körperlich immer mehr herunter.

Ende September 1899 trat ein neues Krankheitssymptom bei ihm auf, das die Eltern äussserst beunruhigte und veranlasste, ihn der hiesigen Poliklinik zuzuführen. Pat. verlor plötzlich die Sprache. In diesem Zustand kam er zu uns.

Der damalige Befund war folgender:

„Blasser, schwächlich gebauter Mensch in sehr dürftigem Ernährungszustande. Rechte Pupille weiter und träger reagirend als die linke. Zunge wird (fibrilltär) zitternd hervorgestreckt, ist sehr belegt. Brust- und Bauchorgane ohne besonderen Befund. Auf den Handrücken, den Streckseiten beider Unterarme, der Vorderseite des Oberschenkel zahlreiche z. Th. rothe, z. Th. weissliche, strahlige Narben, auf beiden Seiten, annähernd symmetrisch geordnet, Zehnpfennigstück- bis Handtellergross. Eine ähnliche grössere Narbe auf der Mitte der Brust. Vorn auf der Innenseite des rechten Oberschenkels etwas über dem Kniegelenk eine von Haut entblösste, stark granulirende und sehr reichlich absondernde Wundfläche, etwa 10 cm lang, 5 cm breit. Grobe Kraft und Motilität normal, Patellarreflexe lebhaft, kein Fussklonus. Rechts von der Lendenwirbelsäule eine sehr stark hyperästhetische Zone. Sonst keinerlei Störungen der Sensibilität.

Es ist dem Pat. nicht möglich, irgend einen Laut herauszubringen. Leichte Faradisation der Halsgegend giebt ihm sofort die Sprache wieder.

Die frische Wundfläche am rechten Oberschenkel heilt im Verlauf der nächsten 3 Wochen unter Verband mit bol. alb. gut. Pat. wird von nun ab ständig in der hiesigen Poliklinik behandelt, die er zunächst 3, dann 2, nach Verlauf von 2 Monaten noch ein Mal wöchentlich aufsucht.

Während dieser Beobachtungszeit traten bei dem Pat. eine Reihe weiterer Symptome zu Tage.

d. 31. X. Abermaliger Verlust der Sprache und des Gehörs, beide durch schwache Faradisation wieder hergestellt.

d. 2. XI. Aphonie, die gleichfalls durch elektrische Behandlung beseitigt wird. Zugleich zeigt Pat. an diesem Tage eine Hemianästhesie der linken Seite, in den oberen Parthien stärker ausgesprochen, als in den unteren, an der linken Zungenseite vollständig. Faradisation stellt die Sensibilität rasch wieder her.

Die bei der ersten Untersuchung noch vorhandenen, granulirenden Wundflächen, welche rasch wieder heilten, der Verlust der Sprache und des Gehörs, die sich nach schwacher Faradisationen sofort wieder einstellten, wiesen mit aller Wahrscheinlichkeit auf eine nervöse Ursache hin. Der weitere Verlauf des Leidens bewies die Richtigkeit dieser Vermutung. Am 4. X. machte Pat. auf eine Stelle des linken Oberschenkels aufmerksam, die gegen Berührung, Nadelstiche u. s. w. vollkommen unempfindlich war, dabei heftig juckte und brannte, ganz so „als wenn die Sache da wieder los gehen wollte". Faradisation mit dem Pinsel beseitigte die lästigen Empfindungen und brachte das Berührungsgefühl wieder. Es entwickelte sich keine neue Hautaffektion. Aehnliches wiederholte sich dann im Verlaufe des ersten Monats der Behandlung noch öfter, an den Beinen, Armen, der Brust- und Bauchhaut. Immer gelang es die Par- und Anästhesie durch elektrische Behandlung zu beseitigen; es kam zu keiner Affektion der Haut.

Von vornherein wurde Pat. ausser der örtlichen faradischen Therapie mit Galvanisation des Rückenmarkes und allgemeiner Faradisation des Körpers behandelt. Ausserdem erhielt er zur Anregung des Appetits Vin. Condur. und zum Zwecke besserer Ernährung Tropon. Pat. hat sich während der Behandlungszeit sehr erholt, 18 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Seit Ende Dezember sind die Sensibilitätsstörungen ausgeblieben, N. zeigte auch sonst keine Symptome seiner Erkrankung.

Am 30. I. kam er nun mit einer starken Beugekontraktur des rechten Zeigefingers in die Poliklinik. Derselben war heftiges Brennen der Haut über den betreffenden Gelenken vorausgegangen.

Forcirte Streckversuche steigerten die Kontraktur, während langsam begonnene, dann immer schneller



werdende Bewegungsversuche, unterstützt durch die Einwirkung des faradischen Stroms, den Widerstand milderten. Am folgenden Tage war das Phänomen verschwunden.

Am 3. II. traten bei dem Pat. Streckkontrakturen in beiden Hüftgelenken auf. Verhalten und Verlauf der Erscheinung entsprach genau dem bei der Fingerkontraktur.

Im Laufe des gestrigen Tages hatte Pat., der wusste, dass er vorgestellt werden sollte, fast alle bisher bei ihm aufgetretenen Erscheinungen; Verlust der Sprache, des Gehörs, Kontrakturen, Gefühlsstörungen der verschiedensten Art wieder durchgemacht. Indessen sind heute alle diese Erscheinungen wieder zurückgegangen, und augenblicklich besteht nur eine Anästhesie der Streckseite des linken Unterarmes und eine mässige Streckkontraktur im linken Hüftgelenk, die durch forcirte Beugeversuche erheblich gesteigert, durch vorsichtiges, schneller werdendes Bewegen gemildert wird. Im Übrigen finden Sie den körperlichen Befund, Narben u. s. w. im Grossen und Ganzen entsprechend dem Status bei der ersten Untersuchung, nur dass Pat. sich inzwischen körperlich wesentlich erholt hat, und keine frische Hauterkrankung bei ihm aufgetreten ist.

Dass bei dem Pat. thatsächlich ein nervöses, und zwar ein hysterisches Grundleiden vorliegt, ist durch eine ganze Reihe charakteristischer Symptome, die während der Beobachtungszeit hervortraten, wohl sicher erwiesen. Es waren in erster Zeit besonders die Sprachstörungen (Mutismus und Aphonie) und die vorübergehend auftretende Taubheit, die sowohl der ganzen Art ihres Auftretens wie der leichten Beseitigung durch suggestive elektrische Behandlung nach, keine andere Deutung zuliessen. Nicht weniger charakteristisch aber waren auch die Sensibilitätsstörungen, sowohl die bei der ersten Untersuchung konstatirte Hyperästhesie in der rechten Lendenregion, wie die später auftretende scharf begrenzte Hemianästhesie und die noch jetzt vorhandenen Gefühlsstörungen an den Extremitäten, die keineswegs anatomisch begrenzten Nervengebieten entsprechen.

Als ein weiteres typisches Symptom traten dann kürzlich die Kontrakturen hinzu. Schon ihrer Lokalisation nach erschienen sie als hysterische; die Beugekontrakturen der Finger, die Streckkontraktur des Hüftengelenks bezeichnet O p p e n h e i m als die bei der Hysterie am häufigsten auftretenden Formen. Ebenso charakteristisch war die Entstehung der Kontrakturen mit begleitenden Parästhesien der Haut über den betroffenen Gelenken, und die Art wie sie sich durch Elektricität und passive Gymnastik beeinflussen liessen.

Die erwähnten Symptome dürften wohl genügen, die Diagnose der Hysterie bei dem Pat. zu sichern. Auch ätiologisch erscheint dieselbe durch die heriditäre Belastung des Pat., die Skrophulose der Kinderjahre, Momente, zu denen sich in der Pubertät die Masturbation vielleicht als auslösender Faktor gesellt hat, hinreichend begründet.

Es fragt sich nun, ob auch die geschilderten Hautaffektionen nur Symptome des nervösen Grundleidens sind, oder etwa eine andere Ursache haben.

Pat. giebt zu, durch das heftige Jucken der betroffenen Partien veranlasst, dieselben zuerst mit der Faust geklopft, später auch etwas daran gerieben zu haben. Die Entstehung der Affektion ist demnach wahrscheinlich folgende: Der Kranke wird auf eine Stelle der Haut aufmerksam, die gegen äussere Einwirkungen gefühllos ist und ihn durch unangenehme Empfindungen belästigt. Durch Klopfen und Schlagen der Stelle kommt den Pat. einerseits die Gefühllosigkeit derselben mehr und mehr zum Bewusstsein, andererseits wird das Brennen immer unerträglicher. Gleichzeitig tritt Blut in das durch die dauernden Insulte mehr und mehr mitgenommene Unterhautzellgewebe. Fängt nun Pat. zu reiben und kratzen an und setzt damit kleine Hautdefekte, so ist der Boden für eine weit- und tiefgehende Zerstörung der Haut bereits geebnet. Die grosse Verbreitung wird noch erklärlicher durch die bei Hysterischen so häufigen Störungen der vasomotorischen Organe, wie sie nicht selten in dem Phänomen der Urticaria facticia hervortreten. Auch unser Pat. zeigt eine abnorm gesteigerte Gefässerregbarkeit; ferner spricht das profuse Nasenbluten bei ihm dafür, dass sein Gefässsystem alterirt ist, speciell die Endgefässe mangelhaft funktioniren. Abgesehen von der Symmetrie in dem Auftreten der Affektionen spricht für die hysterische Natur des Leidens der prompte und nie versagende Erfolg der elektrischen Behandlung, der gewiss der Hauptsache nach ein suggestiver ist.

Von den in der Litteratur beschriebenen Fällen, schliesst sich der unsrige wohl am meisten der Schilderung an, die Kaposi*) von der „spontanen Gangrän Hysterischer" giebt.

> „An einer bestimmten Stelle der Haut, der Brust, der Arme entsteht plötzlich das Gefühl von Brennen. Die Kranke markirt einen kreuzer- bis thalergrossen Fleck, an dem die Haut sanft geröthet, und vorspringend oder aber alabasterweiss,

*) Kaposi, Hautkrankheiten. Wien 93.



quaddelähnlich erscheint. Schon nach wenigen Stunden verfärbt sich die Haut daselbst, wird schwarzblau, grünlichbraun, verschorft, ledern, wie nach Schwefelsäureätzung. Der Schorf stösst sich allmählich ab und es folgt eine meist hypertrophische Narbe. Inzwischen wiederholt sich der Vorgang an anderen Stellen in Intervallen von Tagen und Wochen mit gleicher Erscheinung von Schmerz, Röthung, scharfbegrenzter Gangrän und Narbenbildung. Der Prozess dauert Wochen, Monate bis Jahre und sistirt dann gänzlich."

Eine an unseren Fall in mancher Beziehung erinnernde Abbildung dieser Erkrankung findet sich in dem Neumann'schen Atlas der Hautkrankheiten, Tafel 16.

Auch der von Köhler in Nr. 56 der Münch. med. Wochenschr. (Jahrg. 99) beschriebene Fall von Dermatitis herpetiformis und ein in der Medical Revue 1900, Nr. 17, von J. Hall veröffentlichter Fall der gleichen Erkrankung zeigen mancherlei Anklänge an den unserigen.

Bei beiden ist freilich die Bläschenbildung als etwas charakteristisches erwähnt, doch stellt wie gesagt auch Kaposi sanfte Röthung und Quaddelbildung in der Schilderung der spontanen Grangrän nebeneinander.

Noch näher, auch bezüglich der Aetiologie, scheinen der von Eversmann in Nr. 9, 1900, der Münch. med. Wochenschrift veröffentlichte Fall von Selbstbeschädigung auf hysterischer Grundlage und der von Kopp auf der 71. Versammlung Deutscher Naturforscher vorgestellte Fall von spontaner Gangrän der Handhaut zu stehen; auch diesen letzteren hält Unna für artificiell und empfiehlt suggestive Behandlung.

Wenn nun auch die Aetiologie bei den von Köhler und Hall geschilderten Fällen von Dermatitis herpetiformis nicht die gleiche ist, wie im vorliegenden Fall, so scheinen doch in mancher Beziehung Anklänge zu bestehen, besonders hinsichtlich der hysterischen Disposition.

N. erschien deswegen zur Vorstellung geeignet, weil die begleitenden Umstände, sowie die ganze Art des Verlaufs diesen Fall in mancher Beziehung klarer erscheinen lassen, als es im Allgemeinen bei ähnlichen Affektionen der Fall ist.

Vielleicht sind auch die therapeutischen Hinweise nicht ganz ohne Werth.

Im vorliegenden Falle konnte, wie aus dem Gesagten hervorgeht, ein Symptom der Hysterie, das baldige Abhülfe erforderte, da es bei längerem Andauern nicht nur das Allgemeinbefinden unangenehm beeinträchtigen, sondern auch das Leben ernstlich gefährden konnte, leicht beseitigt werden.

Freilich wird man bei derartigen Hautaffektionen trotz schneller und zunächst überraschender Erfolge immer an den alten Satz denken müssen:

„dass sich jede Erscheinung der Hysterie ebenso leicht beseitigen lässt, wie die Erkrankung selbst schwer." *)

*) Im vorliegenden Falle war die Besserung eine anhaltende. Pat. ist von neuen Erscheinungen seines Leidens verschont geblieben und kann zur Zeit, $1^1/_2$ Jahre nach der geschilderten Erkrankung, als Schiffsjunge seinen Dienst verrichten.

Mittheilungen.

— Ueber die neue Kgl. sächsische Anstalt berichten die Dresdner Nachrichten: Die Ständekammern unternahmen dieser Tage, wie bereits erwähnt, eine Fahrt nach Löbau, um die in der Nähe letztgenannter Stadt gelegene neugebaute Irrenanstalt Gross-Schweidnitz zu besichtigen. An der Fahrt und Besichtigung betheiligten sich Herr Staatsminister Excellenz v. Metzsch, Präsident der Zweiten Kammer Geh. Hofrath Dr. Mehnert, Vicepräsident Geh. Hofrath Opitz, Generaldirector Geh. Rath v. Kirchbach, Geh. Rath Excellenz Meusel, Ministerialdirector Geh. Rath D. Apelt, Geh. Regierungsrath Gelbhaar, Kreishauptmann v. Schlieben (Bautzen), Amtshauptmann v. Carlowitz, 60 Mitglieder der Zweiten Kammer, 12 Mitglieder der Ersten Kammer und sonst noch einige, insgesammt 90 Herren. Nach der Ankunft in Löbau legten die Gäste den Weg nach der sich ziemlich fertig präsentirenden Anstalt zu Fuss zurück. Rittergut Gross-Schweidnitz, ungefähr 300 Acker gross, herrlich gelegen, ist s. Z. von der Regierung zur Errichtung dieser Anstalt angekauft worden. Im ersten Hause, in einem geräumigen Saale, wurden die Herren vom künftigen Leiter und Director der Anstalt, Herrn Oberarzt Dr. Krell, herzlich begrüsst. In seiner Ansprache führte er ungefähr Folgendes aus: Noch bis zum Beginne des vorigen Jahrhunderts muss man die Umsetzung von der Erkenntniss der körperlichen Grundlagen psychischer Störungen in die zielbewusste That vermissen. Erst als der französische Bürger Pinel den unglücklichen Kranken von Bicêtre die drückenden Fesseln löste, mit denen sie gleich wilden Thieren an modrige Gemäuer oder in stinkende Käfige gekettet waren, und ihnen menschenwürdige Räume zum Aufenthalte anwies, erst seit dieser muthigen, hochherzigen That



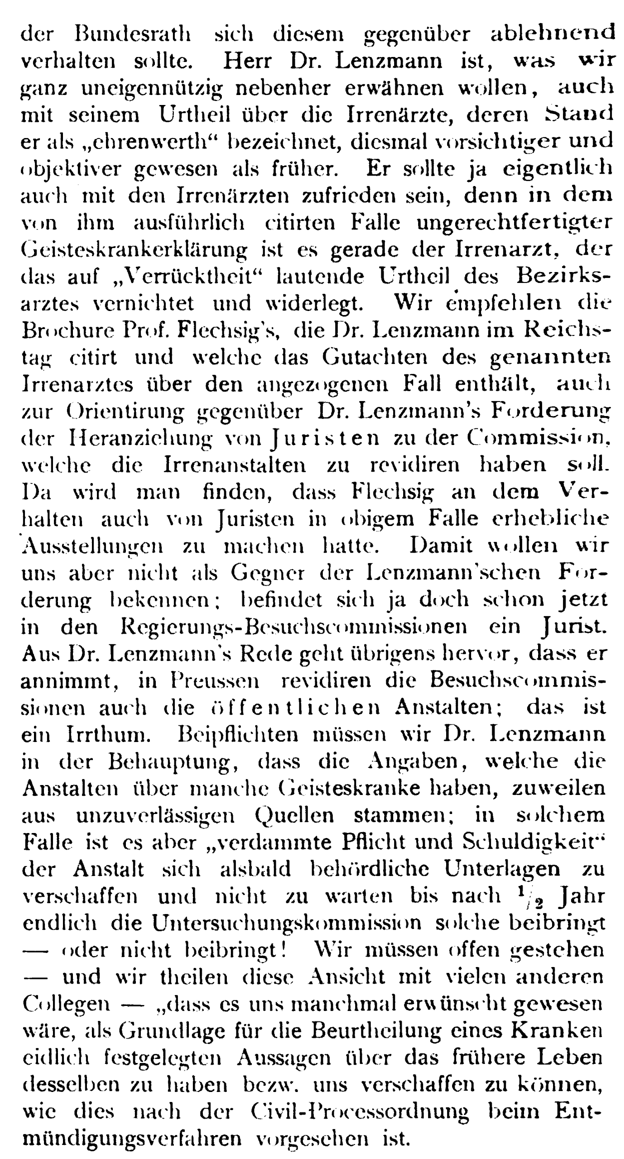
beginnt die Zeit moderner Irrenpflege. Wieder lehrte und lernte man: Irre sind Kranke, sind körperlich Kranke, Irrenanstalten sind Krankenhäuser. Der früher lediglich befolgte Detentionszweck musste mehr und mehr den Heilbestrebungen weichen. Rüstig schritt nun die Psychiatrie weiter, einmal, indem sie siegreich das Banner naturwissenschaftlicher Forschung entfaltete, andererseits, indem sie die zur Heilung, Besserung und würdigen Pflege nöthigen Einrichtungen jeder Art zu möglichster Vollkommenheit ausbildete. So ist es gekommen, dass früher furchtsam Gemiedene nun als bemitleidenswerthe, hilfsbedürftige Menschen angesehen werden, denen an Stelle der mit Unrath besudelten Verliesse im winkligen Narrenthurme freundliche, behagliche, Licht und Luft athmende Räume angewiesen werden; so ist es gekommen, dass sie an Stelle der mit Knute, Kette und Schlüssel bewehrten, oft trunkenen Wärter von sachgemäss vorgebildeten aufopferungsfreudigen Pflegern und Pflegerinnen nach ärztlichen Anordnungen behandelt und gepflegt werden. So ist es gekommen, dass die früher zu abstumpfender, ja geistestödtender Unthätigkeit Verurtheilten sich nun geregelter, zweckmässiger, anregender, ärztlich dosirter Arbeit hingeben durften. Und weiter! Männer wie Conolly in England, Brosius in Deutschland zeigten, was man bis dahin für unmöglich gehalten, dass Irre ohne mechanischen Zwang behandelt werden können. Trotz anfänglichen Widerspruchs ist das hochherzige Vorgehen jener Männer doch so allgemein vorbildlich geworden, dass Prof. Jolly in der ersten Jahressitzung des neuen Jahrhunderts des Vereins deutscher Irrenärzte bei der Eröffnung der neuen Charité das scheidende Jahrhundert im psychiatrischen Sinne das zwangslose nennen konnte, während er das 20. Jahrhundert als das zellenlose erhoffte und proklamirte. Also womöglich keine Zellen, keine mechanischen Zwangsvorrichtungen, dafür gute, zweckmässige, hygienisch richtig eingerichtete Krankenabtheilungen in gesunder, anmuthiger Gegend, abseits und doch nicht zu fern vom pulsirenden Verkehr, womöglich centralisirte Licht- und Wärmequellen, gutes, reichliches Wasser, vielseitige Gelegenheit zu geregelter Arbeit im Freien und in der Werkstatt, räumliche Gelegenheit zu anregender Unterhaltung und wohlthuende Erholung, das sind so die Hauptbedingungen, die bei der Errichtung einer modernen Irrenanstalt zu berücksichtigen sein dürften. Und als die Königl. sächsische Staatsregierung in der Fürsorge für die absolut zunehmende Zahl hilfsbedürftiger Geisteskranker vor 4 Jahren die nöthigen Mittel zur Errichtung einer neuen Irrenanstalt in unserem Vaterlande von den Ständen gefordert und erhalten hatte, da versuchte man auch hier jenen Bedingungen in einer Weise gerecht zu werden, die wohl das kritische Auge der Besucher nicht zu scheuen braucht. Anerkannt muss es hierbei werden, wie sich die Technik innerhalb der räumlichen Verhältnisse und der verfügbaren Mittel den berechtigten Anforderungen der Irrenpflege angepasst hat. Diese neue Anstalt, die heute ihrem Besuche entgegenharrt, besteht aus 32 Gebäuden, die in anmuthiger, hoffentlich gesunder Gegend, auf den Fluren eines alten Rittergutes aufgebaut, mit ihren freundlichen, farbenreichen Facaden das Bild einer kleinen, sauberen Stadt für sich darbieten. Wie ersichtlich, trennt eine mit alten bizarr verästeten Linden besetzte Strasse das Städtchen in zwei Theile, deren westlicher den weiblichen, deren östlicher den männlichen Kranken zum Aufenthalt zugewiesen werden soll. Die mit westlicher Seite der Lindenallee parallel laufende Häuserreihe dient lediglich allgemeinen Zwecken, der Verwaltung, der Wirthschaft, dem Centralbad und den Werkstätten. Jede dieser beiden Abtheilungen nun hat verschiedene Gruppen, verschiedene eingerichtete Gebäude. Da man in der Anstalt die Kranken nicht nach einzelnen Krankheitsformen trennt, sondern vielmehr nach ihrem sozialen Verhalten, ihrem Benehmen zur Umgebung, so ergeben sich als besondere Gruppen die der Ruhigen, Halbruhigen und Unruhigen; auch diese nach Verpflegklassen getrennt. Besonderes Interesse wird selbstverständlich den frisch Erkrankten entgegengebracht, die relativ die meiste Aussicht auf Heilung und Besserung gewähren. Für sie ist die wichtigste Abtheilung der modernen Anstalt, die sogenannte Wachabtheilung bestimmt. Hervorgehoben werden dürfen wohl noch die Centralanlagen für Licht und Wärme, von denen aus in einem nicht gerade ganz billigen unterirdischen Kanal das nöthige Licht, Wärme und warmes Wasser in jedes Haus und in fast jeden Raum geleitet werden. Diese schönen, theuren Einrichtungen dürfen allerdings nicht nur unter dem Gesichtswinkel der Bequemlichkeit beurtheilt oder gar verurtheilt werden, sondern müssen als eine zu fordernde Erleichterung des schweren Dienstes des Pflegepersonals angesehen werden, das sich nun um so eingehender der Bewachung, der Beaufsichtigung, der Anleitung, der Pflege der Kranken hinzugeben vermag. Vom Fusse des benachbarten, waldbestandenen Kottmar fliesst uns in sauber angelegter Leitung in genügender Menge klares, wohlschmeckendes Quellwasser zu, das uns nicht nur in den Stand setzt, jederzeit die erwünschte Zahl von Reinigungs- und Erfrischungsbädern, sowie die wohlthätigen Dauerbäder beliebig zu verabreichen, sondern auch die menschlichen Abfallstoffe einer neuen Kläranlage zuzuführen. Im Verwaltungsgebäude betreten sie ausser den verschiedenen Expeditionen, dem ärztlichen Berathungs-, Bibliothek- und Arbeitszimmer noch das sogenannte Aufnahmezimmer, in welches der zugeführte Kranke, zumeist wenigstens, zuerst gebracht wird. Von hier gelangen die Kranken nach Erledigung gewisser Formalitäten zumeist in die Wachabtheilung, wo sie gebadet, gewogen, untersucht, gelegentlich auch photographisch aufgenommen werden, um nach Feststellung des Heilplanes entweder längere Zeit hier zu verbleiben, oder einer anderen Abtheilung zugewiesen zu werden. Im Wirthschaftshause ist die grosse, mit Dampf betriebene Centralküche, sowie die theils elektrisch betriebene Wäschereianlage. Im Centralbade können 20 Vollbäder und 8 Brausebäder zu gleicher Zeit verabfolgt werden; im Werkstättengebäude bietet sich Gelegenheit zur Beschäftigung für Kranke, als Sattler, Tischler, Klempner u. s. w. Und das Rittergut selbst hat überreiche Arbeit für willige Kranke, im Stall, auf der Wiese, beim Bestellen und beim Ernten der

Felder. Aber auch Erholungsgelegenheit für unsere wichtigsten Mitarbeiter, Pfleger und Pflegerinnen, ist fürsorglich geschaffen worden. Ein die ganze Umgebung beherrschendes, äusserst schmuckes Kirchlein ladet Kranke und Gesunde zu frommer Andacht ein. Und wer Gelegenheit sucht, die armen Kranken im Festsaal zu beobachten, wie sie aufmerksam musikalischen und deklamatorischen Darbietungen lauschen, wie sie dramatischen Aufführungen gespannt folgen, oder gar sich im lustigen Reigen drehen, und wer dabei jener noch nicht eben lang verstrichenen Zeiten vergleichend gedenkt, die den Bedauernswerthen noch nicht das ihnen zustehende Prädikat „krank" zuerkannte, der müsste ein Herz von Stein haben, wollte er murren über den Antheil, der ihm hier beizutragen oblag. — Nach diesen interessanten Ausführungen schritt man in zwei Gruppen zur Besichtigung der Gebäude. Gruppe I. wurde geführt von den Herren Ministerialdirektor Geh. Rath Dr. Apelt und Oberbaurath Reh, Gruppe II von den Herren Oberarzt Dr. Krell und Baumeister Schulze. Gegen 2 Uhr fuhr man per Bahn nach Löbau zurück, um im „Wettiner Hof" daselbst ein gemeinsames Mittagsmahl einzunehmen. Um 3 Uhr kehrte der Extrazug nach Dresden zurück, um 4 Uhr 18 Min. hier eintreffend. Es erübrigt noch, zu erwähnen, dass die Erbauung der Anstalt nebst Arealerwerb dem Staate 3200000 M. kostet. Möge die Anstalt dazu berufen sein, voll und ganz ihre Aufgabe zu erfüllen!

— Zur Reichstagsrede des Abgeordneten Dr. Lenzmann über die Reichs-Irrengesetzgebung (vom 1. Febr. 1902).

Wir begrüssen grundsätzlich mit aufrichtiger Freude jeden Schritt, der in der Richtung gethan wird, das Irrenwesen aus dem rückständigen Stadium der Verordnungen und Reglements in die Bahnen gesetzlicher Entwicklung überzuleiten. Ob man in den einzelnen Bundesstaaten diesem Ziel schon nahe gekommen ist, entzieht sich unserer genaueren Kenntniss; aber wie weit man speziell in Preussen noch davon entfernt ist, beweist ein kürzlich erschienenes Buch, das den Titel: die „Irrengesetzgebung in Preussen" führt, in Wirklichkeit aber und in der Hauptsache nur eine Aufzählung und Erläuterung von Ministerial-Erlassen etc. enthält.

Wir haben auch in dieser Zeitschrift wiederholt auf die Nothwendigkeit der gesetzlichen Regelung bestimmter Zweige des Irrenwesens hingewiesen und rechnen es daher Herrn Reichstagsabgeordneten Dr. Lenzmann zum Verdienst an, dass er seinen Antrag*) betreffs reichsgesetzlicher Regelung der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten und der Aufenthaltsverhältnisse in denselben wieder vorgebracht, und ein nicht geringeres Verdienst des Reichstages ist es, diesen Antrag mit Stimmenmehrheit angenommen zu haben. Es erscheint uns ganz ausgeschlossen, dass


der Bundesrath sich diesem gegenüber ablehnend verhalten sollte. Herr Dr. Lenzmann ist, was wir ganz uneigennützig nebenher erwähnen wollen, auch mit seinem Urtheil über die Irrenärzte, deren Stand er als „ehrenwerth" bezeichnet, diesmal vorsichtiger und objektiver gewesen als früher. Er sollte ja eigentlich auch mit den Irrenärzten zufrieden sein, denn in dem von ihm ausführlich citirten Falle ungerechtfertigter Geisteskrankerklärung ist es gerade der Irrenarzt, der das auf „Verrücktheit" lautende Urtheil des Bezirksarztes vernichtet und widerlegt. Wir empfehlen die Brochure Prof. Flechsig's, die Dr. Lenzmann im Reichstag citirt und welche das Gutachten des genannten Irrenarztes über den angezogenen Fall enthält, auch zur Orientirung gegenüber Dr. Lenzmann's Forderung der Heranziehung von Juristen zu der Commission, welche die Irrenanstalten zu revidiren haben soll. Da wird man finden, dass Flechsig an dem Verhalten auch von Juristen in obigem Falle erhebliche Ausstellungen zu machen hatte. Damit wollen wir uns aber nicht als Gegner der Lenzmann'schen Forderung bekennen; befindet sich ja doch schon jetzt in den Regierungs-Besuchscommissionen ein Jurist. Aus Dr. Lenzmann's Rede geht übrigens hervor, dass er annimmt, in Preussen revidiren die Besuchscommissionen auch die öffentlichen Anstalten; das ist ein Irrthum. Beipflichten müssen wir Dr. Lenzmann in der Behauptung, dass die Angaben, welche die Anstalten über manche Geisteskranke haben, zuweilen aus unzuverlässigen Quellen stammen; in solchem Falle ist es aber „verdammte Pflicht und Schuldigkeit" der Anstalt sich alsbald behördliche Unterlagen zu verschaffen und nicht zu warten bis nach $^1/_2$ Jahr endlich die Untersuchungskommission solche beibringt — oder nicht beibringt! Wir müssen offen gestehen — und wir theilen diese Ansicht mit vielen anderen Collegen — „dass es uns manchmal erwünscht gewesen wäre, als Grundlage für die Beurtheilung eines Kranken eidlich festgelegten Aussagen über das frühere Leben desselben zu haben bezw. uns verschaffen zu können, wie dies nach der Civil-Processordnung beim Entmündigungsverfahren vorgesehen ist.

Die Zuziehung des Laienelements zu den Besichtigungscommissionen hat unseres Erachtens nur den allerdings nicht zu unterschätzenden Werth, dass das Innere, der Betrieb der öffentlichen Anstalten für die öffentliche Meinung zugänglich, dass letztere populärer gemacht werden. Auch auf die Tasche der Steuerzahler und die die Anstaltsetats bewilligenden Faktoren wird das vielleicht manchmal von Effekt sein. Aus unseren bescheidenen Erfahrungen heraus können wir nur mittheilen, dass die Laienelemente, insbesondere die Ortsbehörde, häufig der Entlassung eines Kranken hinderlich waren, weil eben der Kranke der Gemeinde unbequem war oder sie an eine Besserung desselben nicht glaubte, und diese Erfahrung spricht nicht sehr dafür, dass die Mitwirkung der Laien grade ein ganz besonders schätzenswerthes Moment bei dieser Neueinrichtung ist. Besser und nothwendiger wäre es, wenn die Antecedentien des Kranken in zweifelhaften Fällen durch eidliche Aussagen festgestellt würden, was, wie gesagt, jetzt

*) Der Reichstag wolle beschliessen, die verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher die Grundsätze feststellt, wodurch die Aufenthaltsverhältnisse und die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie die Entlassung aus denselben reichsgesetzlich geregelt werden.

nur bei dem Entmündigungsverfahren unter Umständen zulässig ist. — Von den „Hunderten" von Fällen angeblich ungerechtfertigter Einsperrung in der Irrenanstalt giebt Herr Dr. Lenzmann zu, dass man vielleicht „in 90%, meinetwegen in 99% dieser Fälle" sehr vorsichtig sein müsse. Nun, wie es mit diesem einem Prozent steht, zeigt deutlich die Aufklärung, welche der Staatssecretär des Innern Dr. Graf von Posadowsky-Wehner ebenfalls am 1. Febr. d. J. über 2 der im J. 1899 im Reichstag von Dr. Lenzmann als Beispiele vorgebrachten Fälle ungerechtfertigter Internirung in Anstalten gab: die amtliche Untersuchung hat das Vorhandensein einer solchen völlig widerlegt.

Also wenn wir uns auch mit den Ausführungen des Abgeordneten Dr. Lenzmann im Einzelnen nicht durchweg einverstanden erklären, so begrüssen wir es dennoch mit Freuden, dass sein Antrag von der Mehrheit des deutschen Reichstags angenommen wurde, und hoffen, dass die reichsgesetzliche Regelung der Aufnahme- und Aufenthaltsverhältnisse in Irrenanstalten, — vielleicht zusammen mit anderen von Dr. Lenzmann nicht berührten, aber nicht minder wichtigen Dingen des Irrenwesens — sich ohne grosse Mühe und Schwierigkeit wird durchführen lassen. Herr Dr. Lenzmann weist auf die Errungenschaft der Reichsstrafrechtspflege hin, die für die persönliche Freiheit Gesunder auf Grund für das ganze Reich geltender Rechtsnormen Garantie bietet; nicht minder seien letztere für die persönliche Freiheit Geistesdefekter oder angeblich Geistesdefekter erforderlich. Ganz recht! Aber wenn man die Reichstagsverhandlung vom 8. und 10. Februar d. J. über den Etat der Reichsjustizverwaltung liest, scheint's bei den Herren Juristen an „Fällen" wahrlich auch nicht zu fehlen — ein indirekter Beweis, wie schwer es ist, die Materie bei Geisteskranken bis zum völligen liquet zu regeln, und ein Umstand, der es recht wünschenswerth erscheinen lässt, die persönliche Freiheit im Zukunftsbild des Irrenwesens mit derjenigen nicht der gegenwärtigen, sondern der zukünftigen, besseren Strafrechtspflege in Parallele zu bringen!

— **Baden.** Zwei höchst zeitgemässe Neuschöpfungen zu der kürzlich den Landständen vorgelegten Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge sind noch zur Erörterung gestellt: eine Volksheilstätte für Nervenkranke und eine Trinkerheilanstalt. Als Ort für das zu errichtende Nervenheim ist die Umgebung von Illenau vorgeschlagen. Aufnahme in dieser Heilstätte sollen vor allem arme und unbemittelte kleine Leute finden; um dem Kurhaus nicht den drückenden Charakter eines „Armenhauses" zu geben, sollen auch einzelne zahlende Patienten zugelassen werden. Aber auch die Unbemittelten sollen nicht sämmtlich unentgeltlich, sondern womöglich gegen ein kleines Aversum von vielleicht 2 M. pro Tag aufgenommen werden. Besser Bemittelte sollen mit einem Tagesbeitrag von ca. 4 M., eventuell noch etwas höher beigezogen werden. Der Kuraufenthalt wäre auf 1—4 Monate zu bemessen.

— **Aus Russland.** In der Moskauer psychiatrischen Universitätsklinik wird demnächst eine Marmorbüste des am 24. Januar verstorbenen Professors Koshewnikow aufgestellt werden. Ausser dieser Ehrung wird das Andenken des verstorbenen Psychiaters noch durch die Stiftung eines Stipendiums und eines Preises für Werke auf dem Gebiete der Neuropathologie geehrt werden.

— Im Grossherzogthum **Sachsen-Weimar** soll demnächst ebenfalls mit der Einführung der familiären Irrenpflege begonnen werden. Ein erfahrener Irrenarzt ist von dem Ministerium besonders mit dem practischen Studium dieser Frage beauftragt und hat zu dem Zweck jüngsthin die bezüglichen Einrichtungen in Uchtspringe und Gardelegen besichtigt.

(„Irrenpflege".)

— **Norwegen.** Im kommenden Sommer wird voraussichtlich die nördlichste Irrenanstalt der Welt eröffnet, die Heil- und Pflege-Anstalt „Bodö" in Norwegen. Die Anstalt ist als grosses, geschlossenes Viereck gebaut, sodass man in der ganzen Anstalt herum gehen kann, ohne offenen Himmel zu sehen. Die Stadt Bodö, der Hauptort des norwegischen Amtes Nordland, liegt, ganz von Hügeln umschlossen, am Faltenfjord und zählt nur 1500 Einwohner. Die Anstalt, für 200 Kranke beiderlei Geschlechts bestimmt, wird etwa 2 Millionen Kronen kosten. Dieser theure Preis ist in der Hauptsache dadurch bedingt, dass die ganze Aussenfläche der Wände aus Marmor besteht, da man glaubte, gewöhnliche Ziegelsteine würden der nordischen Kälte nicht widerstehen und gar bald verwittern. Ein zur Anstalt gehöriges Gut „Dikemardt", Pfarrei und Eisenbahnstation Asker, hat einen Wasserfall von etwa 200 Pferdekräften, der zur Elektricitätserzeugung für die Anstalt benutzt werden soll.

Norwegen besitzt bereits 3 Staatsirrenanstalten, darunter Drontheim für irre Verbrecher und verbrecherische Irren. Auf Betreiben nahmhaftester Irrenärzte wird gerade gegenwärtig eine zeitgemässe Hebung der Irrenpflege in Norwegen angestrebt. So soll in der Nähe der Stadt Christiania, woselbst bereits eine Irren-Klinik mit 120 Betten ist, eine neue Anstalt modernen Stils für 350 Kranke und im Anschluss daran eine Kolonie für 250 Kranke erbaut werden. Die Kolonie liegt etwa 600 Meter abseits der eigentlichen Anstalt und besteht aus kleinen Holzhäusern für je 20 Kranke, in denen je ein verheiratheter Pfleger als Hausvater wirkt. Es wird auf die Weise angestrebt, die jetzt noch vielfach bei Bauern in Pflege befindlichen Kranken zeitgemäss zu versorgen. („Irrenpflege".)

— **Bayern.** Wie trotz aller gesetzlichen Bestimmungen manche Landgemeinden ihre Pflichten gegen Arme und Kranke im zwanzigsten Jahrhundert auffassen, wird durch ein fast unglaubliches Vorkommniss characterisirt. Der geistesschwache 20jährige Max Graf aus dem Pfarrdorfe Neukirchen war lange Jahre in der Anstalt Reichenbach untergebracht. Obwohl nun Neukirchen die reichste Gemeinde des Bezirksamtes ist und nur wohlhabende Bauern hat, war diesen der zu zahlende jährliche Unterhaltungsbeitrag von 200 Mk. zu hoch, weshalb der arme



Mensch nach Hause befördert wurde. Daheim wurde er dann seinem Schicksal überlassen. Keine Lagerstätte, kein Holz wurde dem im Armenhause Untergebrachten zur Verfügung gestellt. Niemand hat sich um den Unglücklichen gekümmert, der vorige Woche tot in einem Winkel des Armenhauses aufgefunden wurde. Die Beerdigung war bereits festgesetzt, als Anzeige bei der Gendamerie erfolgte. Die durch die Gerichtskommission vorgenommene Untersuchung und Obduktion der Leiche, vorgenommen durch die Herren Landgerichtsarzt Dr. Mayer aus Amberg und Dr. Held aus Schwandorf, ergab als Ursache des Todes „Verhungert". Der Magen war leer, in den Gedärmen fanden sich Ueberreste von Tuch und Getreidekörnern. Die Beine waren erfroren, der bis zum Skelett abgemagerte Körper voll von Ungeziefer. Von den Schreien des Armen in den letzten Tagen hat Niemand Notiz genommen. Bürgermeister der genannten Gemeinde ist ein bekannter Centrumsabgeordneter. („Irrenpflege".)

Referate.

— L. Löwenfeld: Der Hypnotismus. Wiesbaden 1901. J. F. Bergmann's Verlag.

Das vorliegende „Handbuch der Lehre von der Hypnose und der Suggestion" ist berufen, eine litterarische Lücke auf's Beste auszufüllen; es bietet eine ausgezeichnete kritische Darstellung des Wissenswerthen und Thatsächlichen auf dem umfassenden, aber leider noch ungenügend gewürdigten Gebiete des Hypnotismus gemäss dem derzeitigen Stande dieser Disciplin. Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick über den Entwicklungsgang dieser Lehre bis zur Jetztzeit erörtert Verf. zunächst eingehend das Wesen und die Begriffe der Suggestion und Suggestibilität, der Hypnose und Hypnotisirbarkeit. Die Hypnose ist nach ihm anzusehen als ein Zustand partiellen Schlafes, dem im wesentlichen die gleichen physiologischen Veränderungen in dem functionellen Verhalten der corticalen Elemente zu Grunde liegen wie dem natürlichen Schlafe. Die Hypnotisirbarkeit betrachtet er als eine im Allgemeinen jedem geistig gesunden Menschen zukommende seelische Eigenschaft. In einem ferneren Kapitel gelangt die Technik der Hypnotisirung erschöpfend zur Darstellung, worauf der Einfluss der normalen Hypnose auf Associations- und Willensthätigkeit, auf Suggestibilität, Gedächtniss, Sinnesempfindungen, Sinneswahrnehmungen, Gemeingefühle, Triebe und Affecte, auf motorische Functionen, Reflexthätigkeit, vasomotorische, respiratorische, trophische und secretorische Vorgänge, Stoffwechsel- und Temperaturerscheinungen ausführlich geschildert wird. Als pathologische Hypnose bezeichnet und erörtert Verf. dann die Mischformen von Hypnose und hysterischen Zuständen, als besondere Formen der Hypnose die Fascination, den Somnambulismus mit auffallend geringer Suggestibilität, den Yogaschlaf. Weiterhin gelangen zur Darlegung die posthypnotischen Erscheinungen und die noch vielfach unbeglaubigten, aber von den Anhängern des Spiritismus mit besonderer Vorliebe für ihre oft recht seltsamen Anschauungen ausgebeuteten „occulten Phänomene" des Hell- und Fernsehens, des Fernwirkens, der telepathischen Hallucinationen, der Gedankenübertragung, der Vorahnungen, des Weissagens, der Transposition der Sinne und des Redens in fremden Sprachen. Unter den der Hypnose verwandten Zuständen finden eingehendere Berücksichtigung die somnambulen Träume, das Schlaf- oder Nachtwandeln, der hysterische Schlaf und Somnambulismus und die bei asiatischen Völkerschaften vorkommende Copirkrankheit. Entschieden zurückgewiesen wird hier die Anschauung, dass die Hypnose nichts sei als eine artifizielle Geistesstörung. Die Hypnose der Thiere beruht nach Verf. hauptsächlich auf einem durch Suggestion, nicht durch Schrecken erzeugten Zustande. Schliesslich findet im Anschluss an eine ausführlich entwickelte Theorie der hypnotischen und suggestiven Erscheinungen noch deren grosse Bedeutung für die practische Medicin und die Rechtspflege, sowie für die Psychologie und das geistige Leben der Massen eingehendste Behandlung, wobei viele Details zum ersten Male im Zusammenhange erörtert werden. Dass Suggestion und Hypnose keine Allheilmittel darstellen, zeigt u. A. der geringe Erfolg bei Geisteskranken, von denen nur etwa 10% hypnotisirbar sein sollen. Die relativ besten Erfolge erzielt man hier nach Verf. noch bei leichteren Melancholien und Psychosen auf hysterischer Basis, während Paranoiker oft geradezu schädlich durch Hypnotisirungsversuche beeinflusst werden. Reichen Nutzen zog aus der Lehre vom Hypnotismus und der Suggestion sowohl die normale Psychologie und die Psychopathologie, als auch die Massen- und Völkerpsychologie. Für viele Phänomene auf dem Gebiete der Medicin und Rechtswissenschaft, der Pädagogik, Geschichte, Ethnologie und Psychologie eröffnet, wie Vf. zeigt, erst die Berücksichtigung der hypnotischen Erscheinungen das richtige Verständniss, und so kann die Bedeutung dieser Lehre heute nicht mehr durch Missgunst und Skepticismus verdunkelt werden. Zum Schluss bietet das inhaltreiche und warm zu empfehlende Buch eine gute Litteraturübersicht und ein ausführliches Autoren- und Sachregister.

Hahn-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— Kiel. Dr. Albert Schlüter hat sich hier als Nervenarzt niedergelassen.

— Berlin. Dr. Henneberg, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik, hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitirt.

— Dr. med. Hans Hahne hat sich in Magdeburg als Specialarzt für Nervenkrankheiten niedergelassen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 48. 22. Februar. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Für Aerzte und Juristen!

Zu den „Grenzgebieten" in der Psychiatrie.

Von *Dr. Hans Fischer*, Spec. f. psychische Leiden in München.

Motto: Natura non facit saltum.

Die Begutachtung zweifelhafter Geistesstörung gestaltet sich in der Gerichtspraxis von Jahr zu Jahr schwieriger, umsomehr als es eine immer allgemeiner werdende Gepflogenheit der Rechtsanwälte geworden, bei den leisesten Zweifeln an der Zurechnungsfähigkeit ihres Clienten psychiatrische Sachverständige zuzuziehen. In der That aber begegnen wir auch häufiger denn je Fällen, welche, auch nicht durch die Brille des Vertheidigers betrachtet, durch die begleitenden Umstände, das Gepräge der ganzen That, ohne Weiteres dem nüchternsten Beobachter die Frage aufdrängen — ist es möglich, dass der Thäter bei gesundem Verstande war oder ist?

Wie steht es nun in solchen Fällen, die ungemein häufig, naturgemäss am häufigsten in grossen Städten sich ereignen mit der sachverständigen Begutachtung?

In der Praxis geht es gewöhnlich so: Der Vertheidiger in einer Strafsache schöpft aus irgend welchen Gründen Zweifel an der vollen Verantwortlichkeit seines Mandanten; er schlägt nun dessen Hausarzt oder einen andern Arzt, zu welchem er gerade Vertrauen besitzt, als Sachverständigen vor — oder, was das Beste ist, er schickt seinen Mandanten mit den Akten zu einem Specialisten. Findet der betr. Arzt Anhaltspunkte für die geistige Abnormität, veranlasst der Rechtsanwalt dessen Vorladung zur Verhandlung. Kaum hat der Staatsanwalt hiervon Kenntniss erlangt, als auch er seinerseits einen Sachverständigen aufstellen lässt und zwar in der Regel den Amtsarzt. Liegt nun der psychiatrische Fall nicht klar und einfach, so kommt es gewöhnlich zu heftigen Controversen zwischen den Sachverständigen, um so mehr als manche Amtsärzte die Gepflogenheit haben, bei dubiösen Fällen eine Unzurechnungsfähigkeit nicht immer für gegeben zu erachten, während andererseits der vom Vertheidiger aufgestellte Sachverständige oft suggestiv von dessen Meinung beeinflusst erscheint, besonders wenn er nicht von Fach Psychiater, und alle möglichen kleinen und kleinsten Symptome zusammenträgt, um sich auf jeden Fall eine Psychose daraus zu konstruiren.

Und meist ist der Streit eine fachmännische Diskussion, ohne jedes positive Resultat für den Laien, also dass die Richter schliesslich oft genau so urthei-

len, wie wenn sie ohne Sachverständige den Fall nach allen Seiten, mit seinen Motiven aufmerksam geprüft hätten. Und von den Sachverständigen geht jeder mit dem Bewusstsein nach Hause, dass der College von der Psychiatrie nichts verstehe. Der Werth der Sachverständigen-Gutachten aber hat durch solch unfruchtbare Auseinandersetzungen keineswegs eine Steigerung im Laienpublikum erfahren.

Indem ich von der praktisch ganz unhaltbaren Theorie Lombroso's absehe, möchte ich in dieser kurzen Skizze auf eine Thatsache aufmerksam machen, die, selbst von vielen Psychiatern vielleicht nicht anerkannt, dennoch besteht und deren Beachtung geeignet wäre die Meinungsdifferenzen der Sachverständigen weniger schroff zu Tage treten zu lassen.

Diese Thatsache ist, dass es sogenannte „Grenzgebiete" zwischen Neurosen und Psychosen vom streng wissenschaftlichen Standpunkt nicht giebt; so sehr diese Benennung sich in der Praxis zu eignen scheint, so wenig deckt sich dieselbe mit der Wissenschaft. Der Ausdruck „Grenz"-Gebiet setzt voraus, dass eine Grenze zwischen Psychose und Neurose im Prinzip existirt.

Das ist nicht der Fall.

Es giebt keinen prinzipiellen Unterschied zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten, so wenig wie zwischen Wärme und Kälte; gleichwohl finden sich in dem Gebiet der Neurosen und Psychosen Extreme, welche den physikalischen Extremen von beispielsweise + 200° C und — 50° C recht wohl entsprechen.

Die prägnantesten Beispiele für diese Behauptung geben die weitverbreiteten Krankheiten Neurasthenie und Hysterie, welche nach dem jetzigen Sprachgebrauch bald als Neurosen, bald als Psychosen angesprochen werden müssen.

Es wäre an der Zeit, dass der in der Praxis immer noch festgehaltene Unterschied zwischen „Nerven" und „Geist" (oder „Gemüth") fallen gelassen und nur von Psychosen gesprochen wird. Denn abgesehen von den organischen Erkrankungen des Nervensystems, wie Paralyse, Tabes (Rückenmarksschwindsucht) u. a. haben alle Neurosen und Psychosen gemeinsam, dass sie, ohne nachweisbare anatomische Veränderung, die „Psyche" alteriren.

Von den oft lächerlichen Sorgen, welche der „Hypochonder" des täglichen Sprachgebrauchs sich seines trägen Stuhlgangs wegen macht und daraus Rückschlüsse zieht auf ernstere Leiden, welche diese Stuhlverhaltung nach seiner pessimistischen Anschauung verursachen — bis zum Hypochondrisch-Verrückten, welcher die monströsesten und bizarrsten Vorstellungen bezüglich seiner eingebildeten Leiden besitzt, ist eine grosse Kluft; und doch sehen wir diese Kluft ausgefüllt von Hypochondern aller Grade — leichten und schweren, und es dürfte unmöglich sein in allen diesen Fällen zu entscheiden: wo hört die „nervöse" Hypochondrie auf, — wo beginnt der „Wahn" — um so mehr, als fast stets thatsächlich vorhandene kleinere oder grössere körperliche Leiden beim Hypochonder seinen Wahn scheinbar rechtfertigen bezw. motiviren.

Ein gleiches lässt sich von der Hysterie, sowie von der Neurasthenie behaupten, oft auch von der Epilepsie und Melancholie. Ja, meine Erfahrung hat mich gelehrt (in den modernen Lehrbüchern über Psychiatrie finden sich meist nur kurze Andeutungen hierüber) dass auch bei den andern echten Psychosen rudimentäre bezw. so abgeschwächte Formen vorkommen, dass die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit in solchen Fällen gelinde gesagt selbst für den Psychiater ausserordentlich schwierig, ja unmöglich werden kann. Ich denke dabei vor allem an die mildesten Formen der Manie, der Paranoia, des periodischen und circulären Irreseins, der sog. Quartalssäufer, Formen, welche bei den wenigen hervorstechenden Symptomen vom praktischen Arzt und selbst vom Facharzt selbst bei genauer Beobachtung ausserhalb einer Anstalt nur zu oft mit der Diagnose Neurasthenie oder Hysterie abgethan werden. Es erscheint auf den ersten Blick verwunderlich, dass von diesen ganz leichten Psychosen in den Lehrbüchern nicht ausführlicher gesprochen wird, ist aber leicht erklärlich. Die Männer, welche so grosse Werke über Psychiatrie abfassen, haben gewöhnlich ihre Carriere als Irrenärzte in grossen öffentlichen Anstalten hinter sich und lernen die leichten Formen von Psychosen, die selten oder nie in eine Anstalt kommen, erst später aus ihrer etwaigen consultativen Praxis kennen; auch sind sie dann gestützt auf ihre Erfahrungen nur zu sehr geneigt, solche rudimentäre Fälle als Vorstufen einer stärker ausbrechenden Erkrankung anzusehen, was keineswegs immer der Fall ist. In grossen Privatnervenheilanstalten, offenen wie geschlossenen, ist solche Gelegenheit eher geboten, insbesondere zur längeren Beobachtung und als ehemaliger langjähriger Assistenzarzt einer solchen Anstalt erinnere ich mich einer ganzen Reihe zweifellos echter Psychosen (des jetzigen Sprachgebrauchs), welche kaum als solche diagnostizirbar waren und sich in Jahren nicht veränderten und in meiner jetzigen Specialpraxis beobachte ich solche Kranke noch häufiger. Vor allem scheint mir die Paranoia eine Krankheit zu sein, die in den mildesten Formen auf-



tritt, demnächst das circuläre Irresein und die angeborene Imbezillität; aber auch von allen andern Psychosen kommen mildeste Formen vor, dass man wohl sagen kann, man kann als Psychiater oft im Zweifel sein, ob man einer solch' milden „Psychose" die Zurechnungsfähigkeit aberkennen soll, wenn man sie einer schwereren „Neurose" zuerkennt.

Das Laienpublikum ist in dieser Hinsicht vielfach besser unterrichtet, wie der Psychiater, und wenn man sich als psychiatrisch vorgebildeter Arzt die Mühe nimmt, alle Leute, mit denen man gesellig verkehrt, etwas genauer zu beobachten, so wird man finden, dass es grosse Mengen Paranoiker, Maniakalische giebt, die auch ihrer Umgebung, in welcher sie verkehren, längst als „verrückte Hühner" bekannt sind. Will es der Zufall, dass solche Leute betrunken werden, so tritt ihre Verrücktheit oder Manie augenfälliger hervor, ja sie lassen sich zu Strafthaten hinreissen, werden je nach Umständen Objekt einer ärztlichen Begutachtung, aber die Untersuchung fördert zu wenig Positives zu Tage, der Sachverständige erklärt den Rubrikaten für „nervös" oder der eine für „geisteskrank", der andere für „nervös", der Richter — wird in den meisten Fällen „mildernde Umstände" zubilligen und der Inkulpat wird dann vielleicht statt 14 Tage blos 8 Tage eingesperrt; fiat justitia — man kann nicht jeden Nervösen freisprechen! in jedem Falle aber trägt der Sachverständige die moralische Verantwortung des Urtheils bezw. seiner Höhe.

Und doch sollte hier schon die von den Zeugenaussagen meistens festgestellte Intoleranz gegen alkoholische Getränke mehr ad notam genommen werden. Jeder Mensch, der in dem Kreise, in welchem er verkehrt, dafür bekannt ist, dass er nichts „verträgt", namentlich aber derjenige, welcher nach einem äusserlich vielleicht nicht einmal besonders auffallenden Rausche nach geringen Quantitäten Alkohol, eine völlige Erinnerungslosigkeit an das, was er im Rausch gethan, zeigt, ist psychisch im hohen Grade verdächtig. So lange er nüchtern ist, fällt er vielleicht nur durch gewisse Sonderbarkeiten auf, z. B. ein an Haarspaltereien sich ergötzendes abnorm erscheinendes Ehrgefühl, eine gewisse peinliche Pedanterie in durchaus unwichtigen Dingen, eine plötzlich umschlagende Stimmung, welche durch kleine Annehmlichkeiten oder Unannehmlichkeiten hervorgebracht wird, Plänemachen, abnorm optimistische oder pessimistische Beurtheilung seiner oder Anderer Pläne pp., Schwatzhaftigkeit, Vertrauensseligkeit, oder das Gegentheil, Reizbarkeit, Suggestibilität, sogen. schwache Seiten, wenn dieselben allzusehr ausgebildet sind u. s. w. Sehr häufig kennen solche Leute theilweise ihren Zustand und hüten sich in Verhältnisse zu gerathen, in denen sie ihrer selbst nicht mehr Herr sind. Oft aber sind die Einflüsse mächtiger, namentlich wenn die Alkoholwirkung dazu kommt und das Unglück der Strafthat ist fertig. Abgesehen davon, dass der Alkohol als leider allgemein übliches Genussmittel Jedem jederzeit zu Gebote steht und dass solche Patienten je nach der Situation, unmerklich ihr Quantum überschreiten, von dem sie aus Erfahrung wissen, dass sie es eben noch „vertragen" können, abgesehen hiervon muss man sich auch erinnern, dass solche leichte psychisch Kranke ihre Verstimmungen äusserst unangenehm empfinden, ja unangenehmer wie physischen Schmerz. In diesem Zustande psychischer Oede und Leere suchen sie nach Betäubungsmitteln und da ist der Alkohol das nächste, und eben dieser Alkohol wirkt auf die Nerven wie auf den Dürstenden: momentan stillend ruft er erneuten und stets stärkeren Durst hervor, momentan beruhigend schädigt er die Nerven immer mehr.

Das Trinken ist nicht immer ein „Laster"!

Andere psychisch Kranke greifen nach Morphium, Cokain und Brom u. a. Alle diese Gifte üben in ähnlicher Weise ihre deletäre Wirkung wie der Alkohol und setzen die Widerstandsfähigkeit des Patienten, sein ethisches Selbstbewusstsein, die Fähigkeit seinen Begierden hemmend entgegenzutreten immer mehr herab; es ist dies allen Psychiatern bekannt und wie selten gelingt es trotzdem dem Richter die Ueberzeugung beizubringen, dass Morphinisten, Alkoholisten je nach dem Grade ihrer sie zwingenden Gewohnheit unzurechnungsfähig sind, besonders, wenn der Amtsarzt eine scharfe Scheidung von Nerven- und Geisteskranken zieht. Solche Patienten sind thatsächlich auf der „Grenze" und man wäre oft versucht auf den veralteten Begriff der partiellen Zurechnungsfähigkeit zu rekurriren, wenn man beobachtet, wie manche solche Kranke für einen gewissen Kreis von Geschäften ganz richtig handeln, ja der schwerer Kranke oft mehr wie der leichter Erkrankte.

Am auffallendsten ist letztere Thatsache gegeben bei den verschiedenen Formen der Paranoia. Unter den zahlreichen Beispielen welche ich nennen könnte, will ich nur einige wenige herausgreifen:

Ein alter Oberforstrath war schon seit über sieben Jahren an Paranoia erkrankt. Die stete Steigerung der Symptome (Halluzinationen im Gebiete des Gehörs mit Verfolgungswahn) trieb ihn selbst dazu sich in eine Anstalt zu begeben, wie wenn er Schutz suchen wollte vor den Geistern, die ihn verfolgten. Anfangs besserte sich sein Befinden scheinbar, aber



nur zu bald machte die Krankheit weitere Fortschritte. Halluzinationen quälten ihn, über welche er jede Kritik verloren hatte, eine tiefe Verstimmung kam deshalb über ihn, Misstrauen verwandelte sich in direkte Feindseligkeit gegen die Aussenwelt, jeden hielt er für einen von seinen Feinden gedungenen Mörder, einen Schurken; endlich schloss er sich ganz ab, reagirte nicht mehr auf den Gruss, horchte nur noch auf die „Stimmen" und versuchte er sogar in einem unbewachten Momente sich das Leben zu nehmen, was gerade noch glücklich verhindert wurde. Da kam eines Tages die Nachricht vom Tode einer näheren Verwandten, welcher ihm mitgetheilt werden musste. Nachdem er nicht ohne ein gewisses Misstrauen endlich dieser Nachricht Glauben geschenkt, verlangte er Schreibzeug und Papier, schrieb an seine Schwester, was alles zu ordnen wäre: Die Verstorbene sei ihm noch 200 M. schuldig, ausserdem wären aus einer Familienstiftung eine Rente an sie bezahlt worden, deren Nutzniessung nun wohl an Fräulein X.. übergehen müsse; ferner condolirte er seiner Schwester, welche eine besonders intime Freundin der Verstorbenen war und spricht ihr in den wärmsten Worten sein Beileid aus — echt männlich, tiefes Gefühl und Schwesterliebe zeigend, ohne Spur von Excentricität oder falscher Sentimentalität. Unsere Erkundigungen betr. die geschäftlichen Sachen des qu. Briefes ergaben, dass Alles richtig war und die Folge dieses Briefes war, dass die Schwester des Pat. ihren Bruder für genesen hielt und ihn wieder aus der Anstalt nehmen wollte und es kostete viele Mühe ihr klar zu machen, dass Pat. sogar sehr krank sei.

Trotzdem hat keiner von uns Anstaltsärzten an der vollen Geschäftsfähigkeit des Patienten für einen gewissen Kreis seiner Angelegenheiten gezweifelt, wie an der Diagnose Paranoia persecutoria höheren Grades und der Unzurechnungsfähigkeit des Patienten bezüglich eines andern Geschäftskreises oder Strafthaten.

Ein anderer Patient, der seit Herbst 1896 erkrankt an depressivem Wahnsinn mehrere Jahre in der Anstalt war und dieselbe vor 3 Jahren ungeheilt verliess, wird von mir heute noch beobachtet. Ich möchte keinen Augenblick anstehen, demselben für einen gewissen Kreis seiner Geschäfte volle Zurechnungsfähigkeit zuzubilligen, während über alle die Dinge, welche seinen Gesundheitszustand betreffen überhaupt kein vernünftiges Wort mit ihm zu reden ist.

Ein junger Baron, ebenfalls seit 1896 mehrfach in der Anstalt, zweifellos paranoisch, würde schwerlich als unzurechnungsfähig gehalten werden dürfen — er befindet sich z. Z. in einer auswärtigen Anstalt und hat mir vor ca. 1 Jahre einen langen Brief geschrieben, welcher, wenn ich seine Vorgeschichte nicht kennte, auch nicht den geringsten Verdacht einer geistigen Erkrankung in mir erwecken würde.

Ein junger Beamter ist seit ca. 2 Jahren in meiner Behandlung und zweifellos paranoisch — trotzdem würde ich ihn in foro nach jeder Seite hin für zurechnungsfähig halten.

Andererseits habe ich an Patienten hochgradige Neurastheniker und Hysteriker, welche nach keiner Richtung hin für geschäfts- oder zurechnungsfähig angesehen werden können.

Ich erwähnte diese Beispiele nur, um zu demonstriren, wie selbst bei ausgesprochenen Psychosen zweckmässige Handlungen häufig vorkommen und dass die Zweckmässigkeit solcher Handlungen allein nicht zu dem Schluss verleiten darf, man habe es mit einem Gesunden zu thun.

Uebrigens sieht man aus diesen Beispielen und Deduktionen, dass zwischen „Nerven"- und „Geistes"-Krankheiten ein principieller Unterschied nicht besteht und, dass es in jedem einzelnen Falle auf die Stärke und den Grad der Erkrankung ankommt, wenn man zu dem Resultat ob zurechnungsfähig oder nicht gelangen will. Aber eine grosse Anzahl von Fällen wird in der Mitte bleiben.

So lange in Nervenheilanstalten sich Patienten befinden, bei welchen die gewiegtesten Psychiater monatelang trotz sorgfältiger Untersuchung und trotz unausgesetzter Beobachtung nicht in's Klare kommen, ob sie es mit einem Geisteskranken des täglichen Sprachgebrauchs zu thun haben oder nicht, so lange sollte, meine ich, auch der gerichtliche Experte sich nicht scheuen in zweifelhaften Fällen dem Richter zu entgegnen: **Ich weiss nicht**, und jeden Versuch nach der einen oder andern Richtung in conjunktiver oder bedingter Form sich auszusprechen sein lassen. Wir Aerzte sind weder Staatsanwälte noch Richter noch Vertheidiger, wir sind lediglich Sachverständige vor Gericht und haben nur als solche zu urtheilen, soweit unser Können reicht — *soweit unser Können reicht* — wohlverstanden! Ultra posse nemo tenetur. Wir dürfen uns nicht den Dolch auf die Brust setzen lassen mit der Frage: *geisteskrank oder nicht?* und mit Ja oder Nein antworten, sondern wir müssen in zweifelhaften Fällen sagen: non liquet. Es ist das keine Schande für uns Aerzte und wir übernehmen eine Verantwortung weniger, welche wir mit Fug und Recht ablehnen dürfen, wenn der Stand des gesammten modernen psychiatrischen Wissens uns hierzu berechtigt. Wenn einem

Gerichtsarzt in einem Kindsmordprozesse die Frage vorgelegt wird, ob der zertrümmerte Kinderschädel durch äussere Gewalteinwirkungen (Schläge auf den Kopf) die Verletzungen erlitten oder ob diese Verletzungen von dem bei der Mutter beispielsweise stark vorragenden promontorium kommen könne, wird er in 10 Fällen vielleicht 5 Mal sagen: Ich weiss nicht! Alles Weitere ist dann Sache der Richter bezw. Geschworenen.

Und genau so müssen wir uns in der Psychiatrie verhalten und es rundweg ablehnen, uns in den zahlreichen zweifelhaften Fällen positiv auszusprechen. Ein Schelm, wer mehr giebt als er hat.

Nach meinen jahrelangen Erfahrungen als Psychiater scheue ich mich nicht zu behaupten: es giebt weitaus mehr Patienten mit gestörtem psychischem Gleichgewicht, als im Allgemeinen angenommen wird, aber noch mehr solche, welche selbst bei monatelanger und noch längerer Beobachtung keine positiven und negativen Schlüsse auf ihre Zurechnungsfähigkeit zu ziehen erlauben. Die üblichen 6 Wochen „zur Beobachtung des geistigen Zustandes" in Irrenanstalten, welche richterlicherseits in zweifelhaften Fällen ausgesprochen werden, sind in wirklich zweifelhaften Fällen meist **viel** zu kurz. Also seien wir offen und sagen wir in solchen Situationen

„Ich weiss nicht!"

und überlassen wir dem Gerichte, was es mit dem Inkulpaten machen will!

Ueber die Reform der Bestrafung bezw. Fürsorge solcher „Nervenkranker" oder defekter Individuen ein andermal!

M i t t h e i l u n g e n.

— Sitzung des **Società freniatrica italiana** in Ancona vom 29. Sept. — 3. Oct. 1901. (Nach dem Bericht der rivista mensile di psichiatria forense, antropologia criminale e scienze affini, anno IV, num. 10—11.)

29. Sept. Nachm. 2 Uhr. Eröffnung der Versammlung durch Prof. Tamburini, auf dessen Vorschlag durch Acclamation Dr. Riva, Director der Irrenanstalt von Ancona zum Vorsitzenden gewählt wurde.

Alsdann wurde die psychiatrische Ausstellung eröffnet, die infolge der Betheiligung fast aller italienischer Irrenanstalten viel Interessantes bot.

30. Sept. D i e F o r t s c h r i t t e i n d e r N e u r o l o g i e, d e r P s y c h i a t r i e u n d d e r i r r e n ä r z t l i c h e n T e c h n i k. Ref. Dr. Sepilli u. Dr. Tambroni.

Aus den zahlreichen Schlusssätzen der Referenten werden folgende hervorgehoben:

Die M y e l i t i s a c u t a ist eine Erkrankung, hervorgerufen durch eine infectiös-toxische Ursache, über deren Natur die pathologisch-anatomischen Beobachtungen der Autoren nicht übereinstimmen.

Die E n c e p h a l i t i s a c u t a n o n p u r u l e n t a ist eine Krankheit, in deren Aetiologie die Infectionen (Influenza) und die Intoxicationen die erste Stelle einnehmen. Sie hat nicht immer ungünstige Prognose, da sie in Heilung übergehen kann.

S e h n e n - u n d H a u t r e f l e x e, B a b i n s k i s c h e r R e f l e x, K e r n i g s c h e s S y m p t o m, C e r e b r o s p i n a l f l ü s s i g k e i t. Bei den Erkrankungen der Centren des Nervensystems besteht oft eine Art Antogonismus zwischen den Haut- und Sehnenreflexen. In der durch organische Erkrankung hervorgerufenen Hemiplegie lässt sich häufig die Steigerung der Sehnenreflexe gleichzeitig mit der Herabsetzung oder dem Fehlen der Hautreflexe feststellen.

Der Babinskische Reflex ist das Zeichen einer organischen Erkrankung in den Pyramidenbahnen. Er findet sich oft bei der organischen Hemiplegie. Bei Gesunden fehlt er, jedoch ist er bei Kindern, am häufigsten in den ersten drei Lebensmonaten, beobachtet.

Es besteht eine Beziehung zwischen der Stärke der Sehnenreflexe und dem Grad des Muskeltonus. Im Allgemeinen ist eine Steigerung der ersteren mit einer Vermehrung der letzteren verbunden.

Im Verlauf der Tabes ist oft das Fehlen der Sehnenreflexe in den oberen Extremitäten und des Achillessehnenreflexes zu beobachten. Beide sind Frühsymptome der Tabes und gehen oft dem Schwinden des Patellarreflexes voraus.

Die Herabsetzung der Patellarreflexe findet sich häufig bei der Chorea.

Betr. die Entstehung der Sehnenreflexe ist noch die Frage offen, ob es sich um ein Muskelphänomen oder um einen spinalen Reflex handelt.

Nach Bechterew findet sich der Scapulohumeralreflex constant bei Gesunden, Fehlen oder Herabsetzung desselben muss als pathologisch angesehen werden.

Das Kernig'sche Symptom hat diagnostischen Werth bei Meningitis, jedoch nicht ohne Einschränkung.

Bei den Krankheiten von Gehirn und Rückenmark ist die chemische und bacteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit von Wichtigkeit für die Feststellung der Art eines meningitischen Processes.



Wenn die Meningen an einem Krankheitsprocess theilnehmen, enthält die Cerebrospinalflüssigkeit Leucocyten in Menge. Nach einem epileptischen Krampfanfall wirkt sie in hohem Grade toxisch.

Pellagra. Es besteht eine durch Vererbung geschaffene Veranlagung, die durch Experimente bestätigt wird, da Ernährung mit verdorbenem Mais die Zeugungsfähigkeit herabsetzt und die Entwickelung missgestalteter Nachkommen begünstigt. Die neueren Untersuchungen stützen die Lehre Lombrosos, dass Pellagra hervorgerufen wird durch eine Intoxication des Organismus mit toxischen Stoffen des verdorbenen Mais. Zu den klinischen Formen der pellagrösen Intoxication muss die dementia paralytica gerechnet werden, wenn sie hier auch selten festzustellen ist.

Serumtherapie. Die specifische Serumtherapie in der psychiatrischen Praxis bildet z. Zt. noch ein Desideratum.

Salzarme Kost und Brom in der Behandlung der Epilepsie. Die salzarme Kost verbunden mit der Verabfolgung der gewöhnlichen Brompräparate ist nicht allein frei von irgendwelchen Unannehmlichkeiten, sondern wird sogar sehr gut von den Epileptischen vertragen. Wenn auch die Art der Wirkung dieser Behandlungsweise noch unbekannt ist, so besitzt sie doch einen therapeutischen Werth, der höher ist als der der bisher bekannten Methoden. Denn 1. vermindert sie beträchtlich die Zahl der Krampfanfälle und verringert ihre Dauer und Heftigkeit; in manchen Fällen, in denen die Behandlung lange ausgeführt wird, bringt sie die Krampfanfälle ganz und dauernd zum Verschwinden, 2. wirkt sie oft auch günstig auf den Geisteszustand der Epileptischen ein, aber diese Wirkung tritt weniger hervor und ist nicht immer constant.

Bettbehandlung. Die Bettbehandlung ist nicht eine specifische Behandlung für Psychosen, die sich in allen Fällen anwenden lässt, sondern sie ist ein Heilmittel, das mit Unterschied und Vorsicht und nur bei bestimmten Indicationen in jedem besonderen Fall benutzt werden darf.

Sie zeigt sich vor Allem wirksam in den acuten manischen und depressiven Formen der Geistesstörung (ausgenommen sind darunter diejenigen mit degenerativem Character, die mit Hypochondrie und die mit Angstzuständen einhergehenden), ferner in den periodisch auftretenden Erregungszuständen, in den Zuständen von Verwirrtheit und im Delirium alcoholicum. Sie ist auch von Nutzen in der Behandlung Morphiumsüchtiger und in manchen Fällen hysterischer und neurasthenischer Psychoneurose. Sie ist mit Ausnahme besondrer Fälle in den anderen Formen zu widerrathen.

Im Allgemeinen ist sie nicht von Einfluss auf die Dauer der Krankheit, auf die Zahl der Heilungen und auf die Sterblichkeit; ihre Wirksamkeit beschränkt sich auf die Milderung der Krankheitserscheinungen.

Sie gestattet weder die gänzliche Abschaffung noch eine erhebliche Einschränkung in der Zahl der Zellen und macht die Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Bäder und Isolirungen nicht überflüssig.

Open-door. Man kann das Opendoorsystem nicht für eine Bedingung halten, die unerlässlich ist zur Erzielung guter therapeutischer Erfolge, denn es ist Thatsache, dass ältere Anstalten und solche, die nach den neusten Anforderungen der Wissenschaft und der practischen Erfahrung erbaut sind, die gleichen Heilerfolge aufweisen. Deshalb ist es ganz irrthümlich, anzunehmen, dass in den Anstalten ohne Opendoorsystem chronisch Kranke in grosser Anzahl gezüchtet werden.

Die Isolierung kann die besten Dienste leisten in der Behandlung von manchen Geisteskranken.

Das Opendoorsystem würde zu Unzuträglichkeiten im Betriebe der Anstalten führen und würde die Verwaltungskosten erhöhen.

No restraint. Obwohl das unbeschränkt durchgeführte No-restraintsystem eine ideale Methode in der Behandlung der Geisteskranken darstellt, ist es unter den jetzigen Verhältnissen in den Anstalten schwer anzuwenden. Dagegen kann das gemilderte No-restraintsystem d. h. dass die Zwangsmittel nur in Ausnahmefällen von unumgänglicher Nothwendigkeit in mässigem Grade und auf Anordnung des Arztes Anwendung finden, von Nutzen sein, ohne dass den Forderungen der Menschlichkeit und des Decorum Abbruch geschieht.

In der sich anschliessenden Discussion machte Ceni folgende Mittheilung über: Neue toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums des Epileptischen und ihre Anwendung in der Praxis.

In dem Blut der Epileptischen findet sich ausser einem epileptogenen noch ein therapeutisch-restituierender Stoff. Letzterer besitzt keine antitoxische Eigenschaft wie die therapeutisch wirkenden Stoffe bei den Infectionskrankheiten, sondern ist mit einer „specifischen stimulierenden" Fähigkeit ausgestattet. Dieser stimulierende Agens kreist in latentem Zustand im Blute, wahrscheinlich an die Blutkörperchen gebunden. Erst wenn das Blut den menschlichen Körper verlässt und die anatomischen Elemente des Blutes ihre Lebensfähigkeit verlieren, soll der therapeutisch wirkende Stoff frei werden und seine Fähigkeit zur Wirkung erhalten. Derselbe übt eine langsame und allmählich zunehmende Wirkung aus, die bei den Epileptischen, die ihn injiciert erhalten, individuell verschieden, und entweder „physiologisch" oder „pathologisch" ist. In ersterem Fall ist sie partiell oder vollkommen und die Krankheitserscheinungen der Epilepsie können abnehmen oder ganz schwinden, im anderen Fall tritt bei fortgesetztem Gebrauche des Stimulans eine Verschlechterung ein, die Anfälle nehmen an Zahl und Heftigkeit zu. Braune.

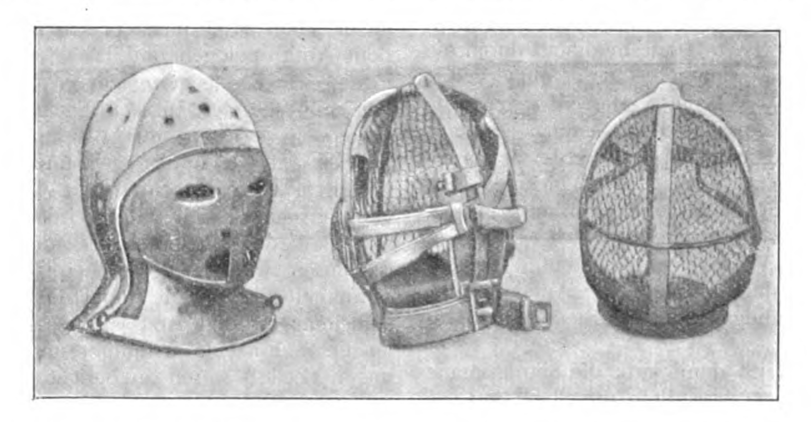
(Schluss folgt.)

— **Die Psychiatrische Gesellschaft** zu Berlin feierte ihr Stiftungsfest durch ein Festmahl im Savoy-Hotel. Es waren erschienen Geh. Medizinalrath Professor Max Jolly, Professor Eulenburg, Professor Mendel, Professor Remak, Professor Bernhardt, Professor Ewald, Professor Hirschberg, Professor Krause, Medizinalrath Sander (Dalldorf), Medizinalrath und Gerichtsphysikus Dr. Leppmann, Sanitätsrath Jastrowitz, Privatdozent Dr. Liepmann, Kreisphysikus Dr. Schulz (Niederbarnim), Kreisphysikus Dr. Pfleger, Direk-



tor der Pankower Anstalt Dr. Scholinus, Direktor des Park-Sanatoriums Dr. Samuel, sowie die meisten Leiter und Assistenzärzte der Nervenheilanstalten aus Berlin und Umgegend. Herr Professor Dr. Jolly hielt die Festrede, er gedachte des milden Winters, dem bald der Lenz folgen werde. Für die Psychiater habe sich ja schon jetzt im Reichstag der Lenzmann eingefunden, der ihnen ein Reichsirrengesetz bescheeren wolle. Es sei zu erwarten, dass die Juristen mit ihrer in Fragen der Psychiatrie bekannten Sachkenntniss (Heiterkeit) bald an die Materie herantreten werden. Es sprachen noch die Professoren Mendel, Dr. Rothmann sowie der Gerichtsphysikus Medizinalrath Dr. Leppmann.

— **Historisches**. Zu den nachstehend abgebildeten Draht- resp. Blechmasken theilt uns Herr Dr. Weichelt, Direktor der Irrenpflegeanstalt St. Tomas, Andernach a. Rh., folgendes mit: Diese Masken, 4*) an Zahl, wurden im Keller der Anstalt gefunden. Zwei von ihnen gleichen, von vorn betrachtet, vollständig den auf Studentenfechtböden gebräuchlichen



Fechtmasken, die beiden anderen sind massiver, ganz aus starkem Blech angefertigt; bei letzteren ist das Vordertheil aufklappbar. — Nach Aussage resp. schriftlicher Mittheilung zweier Augenzeugen fanden die Masken Anwendung bei beissenden und spuckenden Pfleglingen, und zwar mussten die Kranken sie den ganzen Tag tragen, nur zur Essenszeit wurden sie davon befreit. Die letztmalige Benutzung dieser Zwangswerkzeuge fand im Jahre 1867 statt, die weitere Anwendung wurde dann von der Kgl. Regierung verboten.

Welchem Zwecke der Trichter auf der einen Blechmaske gedient hat*), ob nur zur Ventilation oder auch zur Verabreichung kalter Douchen, war nicht in Erfahrung zu bringen. —

Bezüglich der Anwendungsweise eines Drehrades, dessen Original sich in der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg befindet, schreibt uns Herr Direktor Dr. Mayer-Hofheim: Auf dem Eichberg ging die Sage, dass der tobsüchtige Kranke in das Hohl-Rad geschoben und dann die Thüre hinter ihm verschlossen wurde. Der Kranke lief dann wie das Eichhorn im Triller solange herum, bis er ermattet war oder bis ihm sehr übel wurde. Stand das Rad still, so war dies für den Wärter das Zeichen, dass sich der Kranke beruhigt hatte. Die Lesart klingt plausibel, ob sie richtig ist, vermag ich nicht zu sagen, jedenfalls waren vor 13 Jahren, als ich auf dem Eichberg war, glücklicherweise keine Zeugen mehr am Leben, die unsere Annahme bestätigen oder uns eines Besseren hätten belehren können. — Das Rad auf dem Eichberg hat mindestens doppelte Manneshöhe. —

*) Wegen Raummangels konnte die 4te hier nicht abgebildet werden.

Bemerk. Aus Anlass dieser Mittheilungen, für deren Uebersendung hier bestens gedankt sei, möchten wir wiederum darauf hinweisen, dass die Direction des Germanischen Museums in Nürnberg sich bereit erklärt hat, wichtige Gegenstände aus der Geschichte der Irrenpflege den dortigen Sammlungen einzuverleiben, und bitten Interessenten gegebenen Falls von diesem Anerbieten Gebrauch machen zu wollen. Man kann getheilter Meinung sein darüber, ob es einen Zweck hat, solche Zeugen ehemaliger Irrenbehandlung aufzubewahren; da indess in nächster Zeit im genannten Museum eine historisch-medicinische Abtheilung eingerichtet werden soll, so wäre es gewiss nicht erwünscht, wenn die Psychiatrie dabei unbetheiligt bliebe.

— **Russland.** Die Gesellschaft der Neurologen und Psychiater in Moskau beschloss zur Verewigung des Andenkens ihres verstorbenen Präsidenten Prof. Koshewnikow ein besonderes Gebäude für das neuropathologische Museum zu errichten, in welchem ausser den Collectionen Koshewnikows, Auditorien, Laboratorien, eine Bibliothek und ein Lesecabinet untergebracht werden können. Prof. Roth spendete zu diesem Zweck 2000 Rbl.

Referate.

— Die psychischen Fähigkeiten der Ameisen und einiger andrer Insekten mit einem Anhang über die Eigenthümlichkeiten des Geruchsinnes bei jenen Thieren. Vorträge, gehalten den 13. August 1901 am V. Internationalen Zoologenkongress zu Berlin von Dr. August Forel, vormals Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich.



München 1901. Ernst Reinhardt, Verlagsbuchhandlung, Maximiliansplatz 3.

Der Vortragende setzt die Kenntniss seiner früheren Arbeiten voraus, und in der That sind ohne diese seine Ausführungen nicht ganz leicht zu verstehen. In der Einleitung, die einen verhältnissmässig grossen Theil der Arbeit einnimmt, zeigt er, dass man auch bei niederen Thieren psychische Vorgänge annehmen müsse, welche mit denen des Menschen und der höheren Thiere vergleichbar sind. Er weist darauf hin, dass der Analogieschluss bei der Beobachtung psychischer Vorgänge erlaubt und unerlässlich ist, da durch unmittelbare Wahrnehmung der Einzelne nur sein eigenes Innenleben zu beobachten vermag. Als Anhaltspunkte für solche Analogieschlüsse dienen sowohl bei der Betrachtung des Menschen als auch bei derjenigen aller Thiere in erster Linie die Geberden und Handlungen; beim Menschen bietet der sprachliche Ausdruck noch ein weiteres, jedoch nicht immer zuverlässiges Mittel. Bei Menschen und Thieren finden wir zahlreiche durch Generationen hindurch vererbte Instinkte und automatische Reaktionen; beim Menschen werden dieselben überwacht und bis zu einem gewissen Grade modificirt durch die Thätigkeit des ausserordentlich stark entwickelten Grosshirns, welches die vom Verfasser sogenannte „plastische" Anschmiegung und Anpassung an neue, unerwartete Verhältnisse ermöglicht. Bis zu einem gewissen Grade besitzt aber jedes Thier bis zur Amöbe herab diese Plastizität, und zwar um so mehr, je deutlicher ein Nervencentrum entwickelt ist, welches über den Sinnes- und Muskelcentren steht. Ein bezeichnendes Beispiel hierfür bieten die Ameisen, bei denen das Oberschlundganglion die Stelle eines Gehirns vertritt.

Verfasser beschreibt dann kurz die Sinnesorgane der Insekten und zeigt, dass diese dieselben sind wie bei den höheren Thieren, nur das Vorhandensein des Gehörsinnes ist zweifelhaft. Der Geruchssinn ist ausserordentlich entwickelt und feiner organisirt als bei den höhern Thieren, indem er nämlich auch dazu dient, die chemischen Eigenschaften eines Körpers bei direktem Kontakt zu erkennen. Weiterhin vermögen die Insekten auch durch ihre beweglichen Geruchsorgane, welche Fühlhörnern vergleichbar sind, die Form der Gegenstände im Raum und die der eigenen Spur zu unterscheiden, so dass der Geruch bei den meisten Insekten der wichtigste Sinn ist, während einige andre sich mehr durch den Tastsinn orientiren.

Durch sehr interessante Experimente zeigt Verfasser, dass Bienen ein ausgeprägtes Gedächtniss für Gesichts- und Geschmacksempfindungen haben. Ebenso weist er nach, dass Ameisen positive und negative Willenserscheinungen darbieten, und dass sie Affekte haben. (Wuth, Eifersucht, Sympathiegefühle, soziales Pflichtgefühl). Seine Erfahrungen über die psychischen Eigenschaften der Insekten fasst Forel schliesslich in einer These zusammen, die er bereits 1877 aufstellte: „Sämmtliche Eigenschaften der menschlichen Seele können aus Eigenschaften der Seele höherer Thiere abgeleitet werden", und er fügt hinzu: „und sämmtliche Seeleneigenschaften höherer Thiere lassen sich aus denjenigen niederer Thiere ableiten".

Im Anfang erörtert er noch die Eigenschaften des Geruchsinnes der Insekten und zeigt an Experimenten und Beobachtungen, dass derselbe in der That so organisirt ist, dass er als hauptsächlichstes Orientirungsmittel im Raume dient und z. B. auch gewissen blinden Ameisenarten eine ausserordentlich gewandte und sichere Bewegung im Raume ermöglicht.

— Die Geisteskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Krankheitsunterscheidung. Von Alfred Möller. Unter Mitwirkung von Dr. med. Hollms. Leipzig, Verlag für Kunst und Wissenschaft, Albert Otto Paul. — Preis: 50 Pfg.

Das Büchlein ist 11 cm lang, 7,5 cm breit und hat XVIII und 240 Seiten — eine Psychiatrie „in der Westentasche". Es soll nach der Absicht der Verfasser „dem Mediziner, praktischen Arzt, aber auch dem Anthropologen und last not least dem Psychologen, dem Pädagogen, dem mit psychologischen Gaben ausgestatteten Juristen, Seelsorger und gebildeten Laien ein ernster anregender Führer zu weiteren Studien auf diesem allgemein interessanten und höchst wichtigen Gebiete sein". Die Darstellung der Psychosen schliesst sich im wesentlichen an Krafft-Ebing an; statt der nutzlosen Behandlung der Differentialdiagnosen würde eine breitere Ausführung einzelner Krankheitsbilder dem populären Zwecke mehr entsprechen; für den Arzt ist die Arbeit ja doch unzulänglich. Einzelne Irrthümer und veraltete Anschauungen (Zelle!) wären zu berichtigen. Hervorgehoben sei, dass die Verf. entschieden auf dem psychiatrischen Standpunkt stehen und sich energisch gegen den bekannten Wiener Aufruf, Laienkommissionen u. dgl. wenden. Lobenswerth sind die Hinweise auf psychiatrische Momente in der Dichtung alter und neuer Zeit. Eduard Hess.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc. an die Redaktion wird gebeten.)

— In Ueckermünde ist der Assistenzarzt Dr. Dingel auf seinen Antrag zum 20. Februar 1902 entlassen, der Assistenzarzt Dr. Deutsch ist zu demselben Tage in gleicher Amtseigenschaft von Lauenburg (Pommern) nach Ueckermünde versetzt und Dr. Pauselius mit einem Besoldungsdienstalter vom 10. Dezember 1901 ab als Assistenzarzt angestellt; in Lauenburg (Pommern) ist der praktische Arzt Balzer vom 1. Januar 1902 ab als Volontärarzt angestellt.

— Plauen i. V. Zum Leiter der psychiatrischen Abtheilung des hiesigen Krankenhauses wurde Herr Dr. med. Schwabe hier gewählt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beilage zur „Psychiatrischen Wochenschrift", III. Jahrg., No. 48.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Erlass der Minister der Medicinal-Angelegenheiten und des Innern, betreffend die Entlassung geisteskranker Verbrecher aus den öffentlichen Irrenanstalten, vom 16. December 1901.

Durch den Runderlass vom 15. Juni d. Js. — M. d. g. A. M. 6368, M. d. J. IIa 9209 — (Min.-Blatt für Medicinal- etc. Angelegenheiten, I. Jahrg. S. 179) sind Euere Excellenz ersucht worden, zu veranlassen, dass in der dortigen Provinz bestimmte, in der Verfügung näher bezeichnete Personen aus den öffentlichen Irrenanstalten erst entlassen werden, nachdem dem Landrath, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des künftigen Aufenthaltortes — und wenn dieser ausserhalb Preussens liegt, der gleichen für den Ort der Anstalt zuständigen Behörde — Gelegenheit zur Aeusserung gegeben worden ist.

Im Anschluss hieran bestimmen wir, dass die genannten Polizeibehörden in den Fällen, in welchen es sich um die in der Rundverfügung vom 15. Juni d. J. unter 1 aufgeführten Personen, mit Ausnahme der auf Grund des § 51 Str. G. B. freigesprochenen, handelt, spätestens binnen 3 Tagen nach Empfang der Mittheilung des Anstaltsleiters über die beabsichtigte Entlassung diese Mittheilung nebst Anlagen zunächst der an dem Strafverfahren betheiligt gewesenen Staatsanwaltschaft mit dem Ersuchen um eine Aeusserung zu übersenden haben. Diese Behörden werden von dem Herrn Justizminister angewiesen werden, ihre Aeusserung spätestens binnen 1 Woche den Polizeibehörden mitzutheilen. Nach Ablauf dieser Frist ohne Eingang einer Antwort der Staatsanwaltschaft ist die Polizeibehörde zur selbständigen weiteren Verfügung berechtigt. Widerspricht die Staatsanwaltschaft der Entlassung nach Ansicht der Polizeibehörde unbegründeter Weise, so ist die Entscheidung des Regierungspräsidenten nachzusuchen. Dies hat stets auch dann zu geschehen, wenn die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde zwar derselben Ansicht sind, es sich aber um Fälle von besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit handelt. Hierzu sind alle Fälle zu rechnen, in denen die gegen den Verbrecher verhängte Freiheitsstrafe zwei Jahre übersteigt. Die Regierungspräsidenten haben die Entscheidung in den ihnen unterbreiteten Fällen sofort zu treffen. Die Polizeibehörden haben in diesen beiden Fällen auf Grund der Entscheidung des Regierungspräsidenten und in allen sonstigen Fällen auf Grund eigener pflichtmässiger Prüfung nach Eingang der Aeusserung der Staatsanwaltschaft der Leitung der Irrenanstalt mitzutheilen, ob polizeilicherseits gegen die Entlassung Bedenken zu erheben sind. Da die Anstaltsleiter nach der Verfügung vom 15. Juni d. Js. berechtigt sind, hinsichtlich der Entlassung der betreffenden Personen Entscheidung zu treffen, wenn sie 3 Wochen nach der Benachrichtigung der Polizeibehörde von dieser keine Antwort erhalten haben, so muss der nach Vorstehendem erforderliche Schriftwechsel so beschleunigt werden, dass jene Frist in allen Fällen innegehalten wird. Die Polizeibehörden und die Regierungspräsidenten sind hierauf besonders aufmerksam zu machen. Zur Verhütung von Verzögerungen erscheint es ferner geboten, die Anstaltsleiter zu ersuchen, in ihren Mittheilungen an die Polizeibehörden die in Frage kommende Staatsanwaltschaft genau zu bezeichnen.

Euere Excellenz ersuchen wir ergebenst, gefälligst hiernach für die dortige Provinz das weiter Erforderliche zu verfügen.

Berlin, den 16. Dezember 1901.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
Im Auftrage gez. Förster.

Der Minister des Innern.
In Vertretung gez. v. Bischoffshausen.

An die Herren Oberpräsidenten.
M. d. g. A. M. Nr. 8284.
M. d. J. IIa 8708.



Erlass des Justizministers, betreffend Entlassung verbrecherischer Personen aus öffentlichen Irrenanstalten, vom 6. Januar 1902.

Nach näherer Bestimmung eines Runderlasses der Herren Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten und des Innern vom 15. Juni v. Js. (M. d. J. IIa 9209, M. d. g. A. M. 6368) (Minist.-Blatt für Medicinal-Angelegenheiten I. Jahrg. S. 179) liegt es dem Oberpräsidenten ob, im Interesse der öffentlichen Sicherheit zu veranlassen, dass aus öffentlichen Irrenanstalten solche Personen, welche nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachten, nicht ohne polizeiliche Mitwirkung zu entlassen sind. Als solche Personen sind in dem Runderlasse unter Ziffer 1 aufgeführt:

> „Geisteskranke auf Grund des § 51 des Strafgesetzbuchs freigesprochene oder auf Grund des § 203 der Strafprocessordnung ausser Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist —".

An der Benachrichtigung über eine bevorstehende Entlassung der hier bezeichneten Personen haben die Justizbehörden insofern ein unmittelbares Interesse, als eine alsbaldige oder spätere Wiederaufnahme der vorläufig eingestellten Untersuchung oder des ausgesetzten Strafvollzugs in Frage kommen kann, und es den Justizbehörden erwünscht sein muss, sowohl den gegenwärtigen Gesundheitszustand als auch den Verbleib des Beschuldigten oder des Verurtheilten zu erfahren. Es entspricht aber auch der Stellung der Staatsanwaltschaft, die ihr etwa bekannten Umstände, welche Bedenken gegen die Entlassung eines ungeheilten Geisteskranken wegen seiner Gemeingefährlichkeit zu begründen geneigt sein könnten, zur Kenntniss der zuständigen Polizeibehörde zu bringen.

Der in einem Abdrucke beiliegende Runderlass der Herren Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten und des Innern vom 16. December v. Js., welcher im Einvernehmen mit mir erlassen worden ist, sichert der Staatsanwaltschaft eine Mitwirkung bei der Entlassung geisteskranker Verbrecher aus öffentlichen Irrenanstalten, soweit ein Interesse der Rechtspflege an dieser Mitwirkung besteht, und zwar auch, soweit es sich um Strafsachen handelt, in welchen die Strafvollstreckung den Amtsgerichten obliegt. Die nach dem Runderlasse von der Staatsanwaltschaft abzugebenden Erklärungen, für welche die oben hervorgehobenen Gesichtspunkte maassgebend sein müssen, sind, soweit thunlich, umgehend zu erstatten, in jedem Falle aber so zu beschleunigen, dass die Antwort mit den wieder angeschlossenen Anlagen bei der anfragenden Polizeibehörde innerhalb einer Woche wieder eingeht.

Berlin, den 6. Januar 1902.

Der Justizminister.
In Vertretung gez. Küntzel

An die Herren Oberstaatsanwälte.
I. 8450.

Erlass der Minister der Medicinal-Angelegenheiten und des Innern, betreffend die Einsendung der über die Krankheitsverhältnisse in den Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten ausgefüllten Fragebogen und Zählkarten an das Königl. Statistische Bureau, vom 21. Januar 1902.

In Abänderung des Erlasses vom 10. Juli 1877 — M. d. J. I. A. 5169, M. d. g. A. M. 2669 — bestimmen wir, dass die Einsendung der über die Krankheitsverhältnisse in den Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten ausgefüllten Fragebogen und Zählkarten mit Rücksicht auf die Vorschrift in § 101 der Dienstanweisung für die Kreisärzte bis zum 1. Februar des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an die Kreisärzte erfolgt, von denen das Material bis zum 1. März jeden Jahres an das Königliche Statistische Bureau, Berlin SW 68, Lindenstr. 28, weiterzureichen ist.

Euere Excellenz ersuchen wir ergebenst, die Ihrer Aufsicht unterstehenden Provinzial-, Heil- und Pflegeanstalten entsprechend anzuweisen und die Regierungspräsidenten gefälligst zu veranlassen, bezüglich der ihrer Aufsicht unterstehenden Krankenanstalten das Erforderliche anzuordnen und die Kreisärzte mit geeigneter Anweisung zu versehen.

Berlin, den 21. Januar 1902.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
Im Auftrage gez. Förster.

Der Minister des Innern.
Im Auftrage gez. Peters.

An die Herren Oberpräsidenten.
Min. d. g. A. M. Nr. 8113.
Min. d. J. IIb Nr. 3537 II.

Erlass der Minister der Medicinal-Angelegenheiten, der Justiz und des Innern, betreffend die ärztliche Thätigkeit in den Privatanstalten für Idioten, vom 25. Januar 1902.

In der Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März v. J. — J. M. I. 1853, M. d. J. II.a 2311, M. d. g. A. M. 5020 — ist Ew. Hochwohlgeboren durch die §§ 15, 19 Nr. 2, Abs. 1, Nr. 4, Abs. 2 und 3 und § 21 Nr. 2 die Ermächtigung ertheilt, nach gewissen Richtungen im Einzelfalle Bestimmungen zu treffen.

In Erweiterung dieser Befugnisse wollen wir Ew. Hochwohlgeboren ferner allgemein ermächtigen, bei den Privatanstalten für Idioten auf Antrag eine Regelung der ärztlichen Thätigkeit nach den in dem § 22 Nr. 7 der Anweisung „für Kranke im Alter unter 18 Jahren" gegebenen Vorschriften auch dann zu genehmigen, wenn in den Anstalten Idioten im Alter von über 18 Jahren verpflegt werden. Vor der Genehmigung ist die Besuchskommission zu hören. Die Ertheilung der Genehmigung wird sich, sofern es die Beschaffenheit der Kranken überhaupt gestattet, solchen Anstalten (insbesondere Wohlthätigkeitsanstalten) gegenüber empfehlen, welche sich mit der Verpflegung sowohl jugendlicher, wie auch erwachsener Idioten und gleichzeitig mit ihrem Unterricht, ihrer Erziehung und Ausbildung beschäftigen.

Angesichts der doppelten Aufgabe, welche sich diesen Anstalten in der Regel stellen: „Der Pflege und der Unterweisung", ist die Thätigkeit des Arztes, soweit die Bestimmungen des § 22 Nr. 7 der Anweisung in Frage kommen, vornehmlich auf medizinische, dietätische und hygienische Angelegenheiten gerichtet. Es unterliegt keinem Bedenken, die in dem Statute oder der Hausordnung der Anstalt zum Ausdrucke zu bringen.

Die in dem § 20 Nr. 5 erwähnte Beantwortung schriftlicher und mündlicher Anfragen kann, soweit die Ausbildung, das äussere Verhalten u. s. w. des Pfleglings in Frage kommt, dem Unternehmer oder der mit dem Unterrichte betrauten Person, in geeigneten Fällen im Einvernehmen mit dem Arzte überlassen bleiben.

Auch kann die für Kranke im Alter unter 18 Jahren im § 22 Nr. 4 vorgesehene Bestimmung, betreffend Beurlaubung auf in solchen Anstalten verpflegte Kranke im Alter über 18 Jahre ausgedehnt werden.

Die Befugniss, Ausnahmen von der Bestimmung im § 19 Nr. 3 über das Wohnen des Arztes in der Anstalt zu genehmigen, wird dem Regierungspräsidenten übertragen.

Vorstehende Anordnungen finden entsprechende Anwendung auf Anstalten, in welchen Epileptische unter ähnlichen Verhältnissen, wie in den oben erwähnten Anstalten, verpflegt werden, jedoch mit der Massgabe, dass die erforderliche Genehmigung dem mitunterzeichneten Minister der Medizinal-Angelegenheiten vorbehalten bleibt.

Ferner bestimmen wir, dass diejenigen Anstalten, welche nur Kranke unter 18 Jahren verpflegen, für welche also die Ausfüllung des der Anweisung beigegebenen statistischen Formulars C (§ 21 Nr. 5 der Anweisung) bisher nicht vorgeschrieben ist, bis zum 8. Januar jeden Jahres dem zuständigen Kreisarzte eine Anzeige in 2 Exemplaren einzureichen haben, in welcher die Zahlen des Bestandes, des Zugangs und des Abgangs im letzten Jahre — bei dem Abgange getrennt nach Entlassung und Tod — aufzuführen sind und zugleich anzugeben ist, wie viele der Verpflegten auf private und wie viele auf öffentliche Kosten untergebracht waren. Der Kreisarzt hat ein Exemplar der Anzeige an Ew. Hochwohlgeboren weiterzureichen.

Berlin, den 25. Januar 1902.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. gez. Studt.	Der Justiz-Minister. In Vertretung gez. Küntzel.	Der Minister des Innern. In Vertretung gez. v. Bischoffshausen.

An die Herren Regierungspräsidenten und den Herrn Polizeipräsidenten in Berlin.

Abschrift theile ich Ew. Excellenz zur gefälligen Kenntnissnahme ergebenst mit.

Berlin, den 25. Januar 1902.

Der Minister der Medicinal-Angelegenheiten.
gez. Studt.

An die Herren Oberpräsidenten.
Just. M. I. 474.
M. d. g. A. M. 7761. II.
M. d. J. IIa 366.





Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton**, Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel**, Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 49. 1. März. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Zur Abschaffung der Einzelzimmer.

Von Prof. *Bleuler*, Burghölzli bei Zürich.

Es liegt mir zwar recht wenig daran, die Ansichten Hoppes über die zellenlose Behandlung zu bekämpfen, sie sind mir viel sympathischer, als das, was mich meine Erfahrung gelehrt hat; ich sähe es sogar ganz gerne, wenn Hoppes Anschauungen allgemein angenommen würden. Nur dann kann das viele Gute, das in seinen Vorschlägen liegt, möglichste Verbreitung finden; und sollte Hoppe wie Verfasser glaubt, etwas übers Ziel hinausgehen, so wird sich das ganz von selbst korrigiren.*) Da aber Hoppe mich als negatives Beispiel benutzt, direkte Fragen an mich stellt und ich, wie es scheint, mich so undeutlich ausgedrückt habe, dass Hoppe mir sagen muss, was ich eigentlich hätte schreiben sollen, so bleibt mir nichts übrig als meinen Standpunkt und die neuen Gebäude in Rheinau kurz zu vertheidigen.

I.

Zunächst ein qualitativer Unterschied in unseren Ansichten. Hoppe geht von der Voraussetzung aus, die hier in Frage kommenden Kranken befinden sich am besten, wenn sie in gemeinsamen Sälen schlafen. Ich behaupte: eine grosse Anzahl von Kranken befinden sich subjectiv und objectiv besser, wenn sie Nachts allein sind. Es ist nun richtig, dass man in der Schweiz individualistischer ist als in Deutschland; dies erklärt aber kaum den Unterschied in unsern Anschauungen. Die meinige stützt sich in Beziehung auf das subjective Befinden auf tausendfache Erklärungen der Kranken selbst; und ich kann die Vermuthung nicht ganz unterdrücken, dass wenn Hoppe seine Kranken frei sich aussprechen hörte, er diese Erfahrung auch machen würde. Ein grosser Theil der Unannehmlichkeiten des Anstaltsaufenthaltes kommt von dem erzwungenen engen Zusammenleben der Patienten unter sich. So nimmt sich auch der Gesunde im Hôtel sein eigenes Schlafzimmer, wenn er irgend wie kann, ja sogar in der intimen Gemeinschaft der Familie ist das Bedürfniss nach Einzelschlafzimmern deutlich vorhanden und wird, wenn es angeht, befriedigt. Bei den unter sich fremden und zum Theil wenig socialen Elementen der Irrenanstalten ist es, so viel ich sehe, viel grösser als bei Gesunden. Jeder wohlhabende Privatpatient verlangt sein eigenes Zimmer, auch wenn es noch so viel kostet. Die Erinne-

*) Vor der Absendung meines Manuskriptes ist Sanders schöner Artikel erschienen, der auf einem weniger exclusiven Standpunkt steht. (Psychiatr. Wochenschr. 1901. Nr. 36/37).

rung an meine Assistenzarztzeit im Burghölzli wird mir jetzt noch vergällt dadurch, dass ich damals genöthigt war, manche Kranke, trotz ihrem Klagen, in den nie ganz ruhigen Wachsaal zu sperren. Und in der Waldau musste 1881 der erste Wachsaal den ich sah, auf Befehl der Aufsichtskommission wieder aufgehoben werden, weil die Kranken sich darüber zu sehr beklagten, obgleich dem damaligen Sekundararzt, der ihn eingerichtet hatte, weder der nöthige Eifer noch die Rücksichtnahme auf das Befinden der Kranken fehlte.

So habe ich über das Zusammensperren mit Andern in 20jähriger Anstaltspraxis viele tausend Klagen gehört, über die Grausamkeit des Alleinschlafens hat sich kaum je ein Kranker beklagt, dagegen haben viele Kranke „in die Zelle" verlangt oder sich widersetzt, wenn man sie aus dem Einzelzimmer in einen gemeinsamen Saal legen wollte. Wie kann man da von der „Grausamkeit des Einzelzimmers" sprechen, wenn die Kranken selbst Isolirung als eine Wohlthat empfinden?

Um dem Kranken die Wohlthat des Einzelzimmers zu entziehen, muss man meines Erachtens bestimmte Gründe haben. Bei manchen Kranken finde ich solche Gründe nicht. Es giebt Unheilbare, die sich im Einzelzimmer sehr wohl befinden, ohne deshalb irgend welchen Schaden zu leiden. Es giebt auch Patienten, die im Einzelzimmer immer oder meistens ruhig sind, während sie durch den Contakt mit den Andern sehr oft gereizt und unruhig werden. Ich gebe zu, dass man die erste Kategorie ganz, die zweite zu einem grossen Theil mit der Zeit an das gemeinsame Leben gewöhnen kann. Warum soll man sich aber Mühe geben, den Kranken durch eine ihnen unangenehme Dressur eine Annehmlichkeit abzugewöhnen, die ihnen nichts schadet?

Da ich nämlich einen Schaden nicht sehe, glaube ich auch an einen solchen nicht, und wenn Hoppe meint, ich hätte „sagen müssen, die Isolirung sei ein Schaden für Heilbare, sowie für Unheilbare", so täuscht er sich eben.

Er sieht in dieser Beziehung keinen Unterschied zwischen Heilbaren und Unheilbaren, oder sagen wir lieber, zwischen frischen und abgelaufenen Fällen. Ich sehe aber einen solchen, und noch mehr, ich kenne Kranke beider Kategorien, denen die Isolirung wohl thut, und solche, denen sie schadet. Ich verwerfe deshalb eine Schablone für alle.

Frisch Erkrankte ändern sich rasch, manche von ihnen sind selbstgefährlich oder können es werden; eine beständige Beaufsichtigung kann verhüten, dass sie schlimme Gewohnheiten annehmen. Alte Fälle kennt man und sie bleiben sich Jahrzehnte lang gleich; hier lassen sich alle diejenigen auswählen, denen der Comfort des Einzelzimmers nichts schadet. Das ist einer der wichtigsten Gründe, warum ich in dieser Beziehung einen Unterschied zwischen den „Unheilbaren" und den „Heilbaren" mache; die andern will ich übergehen.

Wenn nun Hoppe eine Anzahl Unglücksfälle als Nachtheile der nächtlichen Isolirung anführt, so sagt das nichts gegen die Richtigkeit dieser Ausführungen. Man verbietet die Eisenbahnen nicht, obgleich sie mehr Leute umbringen, als die Isolirungen; man entlässt ungeheilte Kranke, man giebt ihnen freien Ausgang, wenn auch dann und wann mal ein Unglück geschieht. Die Vortheile sind eben im Ganzen viel grösser, als die Nachtheile. Und dann die Hauptsache: ist das „eine vernünftige individuelle Isolirung", wenn man zwei gewaltthätige Kranke zusammensperrt, wenn man gar mit Wissen Selbstmordsüchtige*) isolirt? Ersteres ist doch das Gegentheil einer Isolirung, das zweite ein Unsinn oder ein schlechter, durch Ueberfüllung aufgezwungener Nothbehelf.

Ich resümire: nach meiner Erfahrung giebt es bei den Geisteskranken wie bei Gesunden, Leute, die sich **Nachts** am wohlsten allein befinden und denen dies nichts schadet; es sind sogar welche darunter, denen die Isolirung in therapeutischer Beziehung nützlich ist.**)

II.

Die Bett- und Wachsaalbehandlung am Tage wird von Hoppe nicht recht von der ersten Frage getrennt.

Frische Fälle sollen (freilich mit nicht seltenen Ausnahmen) nicht arbeiten; sind also selbstverständlich am besten im Bett.

Chronische Fälle sollen im Princip arbeiten. Das Modeaxiom, dass Geisteskranke krank seien und deshalb ins Bett gehören, ist doch eine zu oberflächliche Behauptung, die einmal aus unserer Litteratur verschwinden sollte. Auch der allgemeine Praktiker hat mehr ambulante Patienten als bett-

*) Uebrigens bietet auch eine dauernde Ueberwachung keine absolute Sicherheit gegen Selbstmord. Die Geschichte von dem Kranken, der sich mit einem kleinem Stahlspahn, vom Bohnen der Böden herrührend, unter der Bettdecke die Cruralis aufkratzte, während der Wärter bei ihm stand und ihn anguckte, ist ja bekannt.

**) Hoppe sagt auch: „Fort mit den Schlafmitteln!" Vergesse man nicht die Fälle, wo das Versagen der Schlafmittel eine Grausamkeit ist!



lägerige. Und ob und welche Geisteskranke ins Bett gehören, das ist eben die Frage.

Nun habe ich bei den alten Kunstproducten der Dementia praecox mit der Bettbehandlung im Durchschnitt nur mässige Erfolge gehabt; viel bessere aber mit der Arbeit. Im letzten Sommer hat endlich eine Wärterin, die in Rheinau die Arbeitstherapie geübt hatte, in unserer ganz scheusslichen unruhigsten Frauenabtheilung die Arbeit eingeführt. Nach 8 Tagen bot die Abtheilung ein ganz anderes Bild. Während vorher eine grosse Anzahl der Patientinnen herumliefen, einander aufregten oder sonst Ungehörigkeiten machten, sassen sie jetzt den grössten Theil der Zeit ruhig an ihrem Platz, obgleich eigentliche Besserungen der Krankheit nicht eingetreten waren und überhaupt in dieser Beziehung nicht von einem Erfolg gesprochen werden kann.

Eine gelegentliche plötzliche hallucinatorische Aufregung ist bei den Kranken dieser Kategorien nicht selten; dadurch werden die Andern gestört. Die Aufgeregten auszuziehen und für eine Viertelstunde oder auch für einige Stunden ins Bett zu legen, wäre höchst unpractisch. Isolirung geht meist ohne Widerstand, sei es in offener oder in geschlossener „Zelle“ — lieber natürlich das erstere, so lange die Störung nicht zu gross ist. Ja, einzelne Kranken verlangen, wenn sie in gereizter Stimmung sind, oft, allein zu sein, und arbeiten manchmal in der Zelle weiter. Viele Kranke beruhigen sich daselbst rascher oder wenigstens eben so rasch, wie wenn sie im Contact mit den Andern bleiben.

Auch hier ist die Isolirung für alle Theile eine Wohlthat und sie schadet, wenn nur im Nothfalle angewendet, nichts.

Im Prinzip aber sollen die Einzelzimmer am Tage leer sein. Sie sind Schlafzimmer. Ein solches System kommt den Verhältnissen der Gesunden am nächsten.

In Betreff der Behandlung möchte ich hinzufügen, dass sehr vielen Kranken das Bettliegen eine Qual ist. Man kann da von einer gewissen Grausamkeit der Bettbehandlung sprechen. Ich glaube, der Psychiater ist verpflichtet, auch darauf Rücksicht zu nehmen.

III.

Hoppe bezweifelt, dass die Isolirung weniger theuer sei. Nun, es kommt eben auf die Durchführung an. Der Bau mit Einzelzimmern ist natürlich theurer, als der mit gemeinsamen Sälen; aber Comfort kostet überall etwas.

Die Bewachung wäre nach seiner eigenen Berechnung allerdings recht theuer; Säle zu 10 Kranken*) mit einem Wärter Tag und Nacht; in einzelnen Sälen müssen bei unserm Material beständig 2 Wärter sein; dazu kommen die Urlauber, die Arbeitswärter etc.; nach Hoppe müsste man also für unsere 600 unruhigen Kranken über 150 Wärter haben. — Und wenn Hoppe sagt, dass die Kranken in der Zelle durch Reissen und Schmieren viel mehr Material verderben als in den Wachabtheilungen, so habe ich zu bemerken, dass solche Kranke eben nicht isolirt werden dürfen.

IV.

Man kann einwerfen: „Die Isolirung verdirbt das Wartepersonal und sogar die Aerzte, es ist besser, den Kranken einen Comfort weniger zu geben, als den Geist einer wirklichen psychischen Behandlung zu verquicken mit dem einer Repression.“ Die consequente Arbeitstheorie bildet zwar ein ausgezeichnetes Erziehungsmittel des Wartpersonals, und ob die Vortheile einer allgemeinen Wachsaalbehandlung die angeführten Nachtheile überwiegen können, ist mir noch sehr fraglich. Dennoch halte ich diesen Einwand, — aber nur diesen, — für einigermaassen berechtigt, und wenn nicht noch andere Umstände hinzugekommen wären, hätten wir aus diesem Grunde andere Vorschläge für die ersten Bauten in Neu-Rheinau gemacht.**)

Es waren aber lokale Verhältnisse, die uns zwangen, vorerst davon abzusehen:

Es sind ca. 600 Unruhige zu versorgen; von diesen gehören viele zu den schlimmsten Artefacten überfüllter Abtheilungen, die es giebt. Gerade für diese müssen die ersten 200 Plätze eingerichtet werden. Nach meiner Erfahrung in Rheinau und seitdem in Burghölzli, ist die Bettbehandlung ungenügend, zum mindesten, viel zu langsam wirkend, um Abtheilungen für 200 solcher Kranker erträglich zu machen.

Dann haben wir sehr viele Elemente zu versorgen, von denen man z. B. in Lübeck nichts weiss; Imbecille à la Sollier, bei denen eine Behandlung als Kranke nur Schaden stiftet, die aber in einem etwas starren Organismus und mit Strenge sich leiten lassen; viele komplottirende Verbrecher und

*) Dass ich an Säle mit 30—40 Unruhigen gedacht habe, ist denn doch eine starke Zumuthung. Ich nenne aber solche zu 10 Betten ungemüthlich, wie es die Kranken thun.

**) Die Pläne waren allerdings zu einer Zeit gemacht worden, da man noch nicht von zellenloser Behandlung, sondern nur von einem Mehr oder Weniger sprach.



Epileptiker der schlimmsten Sorte.*) Unter diesen Umständen ist Isolirungsmöglichkeit nicht zu entbehren, nimmt doch sogar Calmus die geisteskranken Verbrecher von seiner zellenlosen Behandlung aus.

Ferner beruht das Gelingen der zellenlosen Behandlung in erster Linie auf dem Geschick und der Begeisterung des Arztes. Der Direktor einer Anstalt mit 940 Kranken hat keine Zeit dazu. Die Assistenzärzte wechseln rasch; mehr als 3 solcher werden wohl noch lange nicht angestellt (in summa 4 Aerzte auf 940 Kranke! soeben ist sogar die Anstellung des vierten abgelehnt worden.).

Das Wartpersonal ist auf die Arbeitsbehandlung eingeübt, sieht aber die Bettbehandlung geradezu feindlich an. Wer soll diese da durchführen?

So musste für die ersten Bauten das Bedürfniss maassgebend sein, das jeder Arzt in Rheinau so zu sagen jeden Abend empfand, wenn er seinen Kranken so viel wirkliche Nachtruhe als möglich verschaffen wollte: Einzelplätze zum Schlafen. Das Bedürfniss nach Wachsälen sollte in zweiter Linie befriedigt werden. (Auch im Burghölzli wurden auf des Verf. Anregung solche gebaut).

*) Epileptiker gehören allerdings auch nicht in die Zelle; aber was will man mit einem solchen Menschen anfangen, der mit grosser Kraft ganz blind gegen seine Umgebung wüthet und in keiner Weise beeinflussbar ist? Zu mehrtägigem Chloroformiren könnte ich mich noch weniger entschliessen als zur Zelle. Hier hat unsere Therapie noch eine Lücke.

Und last not least: 600 Plätze sind nöthig. Für 200 sind die Mittel vorhanden. So werden noch lange von den Behörden so viele Kranke hineingestopft werden, als eben hinein gehen. Dann hört in den grossen Sälen eine Behandlung auf.

Die Einzelzimmer sind deshalb so angelegt worden, dass nicht 2 Kranke hineingelegt werden können. Auf diese Weise allein bekam man eine gewisse Garantie gegen das drohende Gespenst der Ueberfüllung mit allen seinen traurigen Folgen.

So entstand der „Zellenbau". Für den Fall, dass wirklich die 2×25 „Zellen" als solche für 2×1000 Kranke einmal entbehrlich werden sollten, kann ich nur das schon Gesagte wiederholen: sie werden immer noch gute Dienste leisten als sichere Schlafzimmer für die vielen Kranken, welche das Einzelzimmer dem Schlafsaal vorziehen, und um für die neu hinzukommenden Kranken Wachsäle zu bauen, dazu ist bei dem Bedürfniss nach weiteren 400 Plätzen noch Gelegenheit genug.*) — Also nur keine Schablonen, weder auf die eine noch auf die andere Seite, sondern beständiges Rücksichtnehmen auf die individuellen Bedürfnisse unserer Kranken!

*) Auf meine Anfrage haben mir die jetzigen Aerzte in Rheinau geantwortet, dass sie zwar gern noch mehr Wachsäle hätten, dass sie aber auf die Einzelzimmer durchaus nicht verzichten möchten.

Zum Artikel:

Gedächtnisskuren

(cf. Nr. 46 der Psychiatr. Wochenschr.) sendet Herr Dr. Stein-Budapest gütigst folgende Ausführungen:

Es dürfte Sie interessiren, von folgenden Thatsachen Kenntniss zu erhalten, die mir mein hochverehrter Chef, Herr Hofrath Otto Schwartzer von Babarcz, angeregt durch Ihren Artikel „Gedächtnisskuren" in Nr. 46 der Psych. Wochenschrift, zur beliebigen Benützung mittheilte:

Die von Ihnen anempfohlenen Gedächtnisskuren wurden vom verstorbenen Vater des Herrn Hofrath, dem Begründer der Psychiatrie in Ungarn, Herrn Franz Schwartzer von Babarcz bereits in den Jahren 1868—1872 in Anwendung gebracht. Er fand, dass das Auswendiglernen von längeren Gedichten von sehr heilsamen Einflusse sei, auf verschiedene Kranke mit erhaltenem Bewusstsein, speciell aber bei geringeren Aufregungen der Melancholiker, bei leichteren Formen des Jugendirreseins, und bei Aufregungszuständen der Paranoia. Speciell lebhaft im Gedächtniss ist dem Herrn Hofrath ein Fall von Paranoia mit lebhaften Hallucinationen und Verfolgungswahnideen, bei dessen zeitweiligen Aufregungszuständen die Einwirkung des Auswendiglernens eine ganz eclatante war, so dass behauptet werden kann, dass zuweilen, wenn ein glücklich gewähltes Gedicht den Patienten zum Memoriren bewegen konnte, dies einen Aufregungszustand zu coupiren im Stande war. Interessant ist, dass die Wirkung vom Patienten selbst empfunden wurde und er später häufig, um sich zu beruhigen, ohne Aufforderung und Zureden, spontan ein längeres Gedicht zu memoriren begann. Anfangs äusserte sich die Erregung noch in lebhaftem Gesticuliren, Hin- und Hergehen, wie auch darin, dass Patient von Zeit zu Zeit Verwünschungen und Schimpfworte ausstiess, alsbald aber wandte er seine ganze Aufmerksamkeit nur dem Gedichte zu und beruhigte sich gänzlich. Zum Schluss deklamirte er noch das Gedicht mit viel Pathos seiner Umgebung vor und nahm dankbar die Beifallsbezeugungen entgegen. — Angeeifert wurden die Patienten zum Memoriren besonders durch das Aussetzen von Preisen. Wie erwähnt reagirten besonders Melancholiker sehr gut auf's Auswendiglernen, speciell auf längere Gedichte, doch eben diese Kranken wurden der Methode zum Verhängniss, indem die in einigen Fällen auftretenden maniakalischen Zustände dem Memoriren zuge-



schrieben wurden. Bei dem heutigen Stand der Lehre vom manisch-depressiven Irresein ist es zum Mindesten zweifelhaft, ob die angewandte Methode das Auftreten der maniakalischen Zustände verursachte, oder ob dieselben auch ohne dies aufgetreten wären. Jedenfalls ist das Einstellen der Versuche sehr zu bedauern.

Gestatten Sie, dass ich bei dieser Gelegenheit auch einige Reflexionen an die von Ihnen aufgeworfenen Fragen knüpfe. Dass bei Geisteskranken jeder Art eine wie immer geartete Beschäftigung von sehr gutem Einfluss ist, wird jeder, der Gelegenheit hatte in Irrenanstalten zu wirken, einsehen müssen. Es handelt sich nur darum, die für das betreffende Individium geeignetste Arbeit zu finden. Ich denke, dass Ablenkung und Zerstreuung dabei nicht die grosse Rolle spielen, die ihnen allgemein zugeschrieben wird, sondern, dass sie nur da sind, um dem Kranken über die Anfangsschwierigkeiten hinwegzuhelfen. Die Sache ist so zu verstehen, dass der Kranke anfangs allerdings in der Arbeit nichts Anderes als Ablenkung und Zerstreuung sucht und findet, dass dieses Gefühl aber alsbald einem viel intensiveren Platz macht, welches dann auf das Gemüthsleben von grossem Einflusse ist. Der Patient sieht, dass er im Stande ist etwas zu vollbringen, sein Selbstvertrauen wächst, er beginnt sich mit dem Aufenthalt in der Anstalt zu versöhnen. Mit dem Selbstvertrauen wächst auch die Arbeitslust und damit auch der qualitative Werth seiner Arbeit, der Kranke sucht nicht mehr die Zersteuung in der Arbeit, sondern die Arbeit selbst; denn in dem sich stets steigernden Werth derselben findet er Trost und Zuversicht für sein zukünftiges Schaffen, für sein und seiner Lieben Schicksal. Und wie seine Muskelkraft durch die Arbeit selbst gestärkt wird, so schaffen ihm auch die geschilderten Gefühle eine festere Gemüthslage. Auch müssen seine Vorstellungen, Apperception und Association während der Arbeit streng disziplinirt sein, denn sonst könnte das Resultat seiner Arbeit kein günstiges sein, und es ist selbstverständlich, dass durch die anhaltende Arbeit die strenge Disziplin in Apperception und Association auch auf sein weiteres Denken und Trachten ausgedehnt wird. Wenn die Arbeit nicht im Stande ist, diese oder ähnliche Gefühle hervorzurufen, dann hat sie auch keinen Werth und der Kranke wird aufhören zu arbeiten, da es mit der Zerstreuung und Ablenkung am 3.—4. Tage vorbei ist; der Kranke beginnt sich dabei zu langweilen und hört zu arbeiten auf. Am besten sehen wir dies bei imbecillen Individuen, bei denen die vorhandenen ethischen und moralischen Defecte die geschilderten ethisch höher stehenden und theilweise auch etwas altruistischen Gefühle nicht zur Geltung kommen lassen. Sie hören auch nach einigen Tagen mit der Arbeit auf, um es dann auf einige Tage mit einer anderen Arbeit zu versuchen, die sie aber wieder langweilt u. s. w.

Diesen Ausführungen gemäss verursacht Beschäftigung nicht nur Ablenkung und Zerstreuung, sondern sie stärkt geistig und leiblich, schafft eine bessere Gemüthslage und bringt disziplinirtes Denken hervor. Nur ist es leider häufig sehr schwer, die für die individuelle Eigenart des Patienten geeignete Beschäftigung zu finden. Besonders ist dies in Privatheilanstalten der Fall, wo das grösstentheils der vermögenden Classe angehörende Krankenmaterial von körperlichen Arbeiten, wenigstens zum grössten Theil, überhaupt nichts wissen will und wo die körperliche Arbeit die gewünschten Empfindungen nur ausnahmsweise hervorbringen kann, theils weil der Kampf um's Dasein bei dieser Klasse nicht mit den Begriffen der körperlichen Arbeit verbunden ist und theils weil das eventuelle materielle Resultat dieser Arbeit auf das Wohlergehen des Patienten und seiner Familie keinen besonderen Einfluss ausüben könnte. Aus diesen Gründen kann die körperliche Arbeit in diesen Anstalten in weniger ausgedehntem Maasse angewendet werden und man versucht es nun mit den schönen Künsten, die besser im Stande sind, das Selbstvertrauen dieser Kranken zu heben und ihr Interesse wach zu halten.

Nun setzt die Kunst wieder bei den Betreffenden eine gewisse Prädisposition voraus, ohne die man es zu keinem Resultate bringen kann und die diesbezügliche Beschäftigung nur als Plage empfunden wird. Es bleibt also immer noch ein grosser Procentsatz von Kranken übrig, für die man bisher keine geeignete Beschäftigung finden konnte und in diesen Fällen würde es sich jedenfalls sehr der Mühe lohnen, Versuche mit den von Ihnen anempfohlenen Gedächtnisskuren zu machen. Das Auswendiglernen wird gewiss bei vielen Kranken den gewünschten Erfolg dadurch erzielen, dass die Betreffenden einsehen, dadurch ihren Wissensschatz bereichert zu haben und die an den Inhalt sich knüpfenden Reminiscenzen aus der Jugendzeit oder anderen vergangenen schönen Tagen werden sicherlich ihren wohlthätigen Einfluss auf das Gemüthsleben nicht verfehlen, wie auch das Träniren des Gedächtnisses selbst in vielen Krankheitsfällen von unberechenbarem Werth sein kann; doch halte ich es für wichtig bei Anwendung dieser Kuren, ihnen den Character der Beschäftigung, der Arbeit zu geben, für die der Kranke auch seinen Lohn einheimst, sei es nun in Gestalt eines Preises, wie dies Franz von Schwartzer, einer praktischen Eingebung folgend, richtig anwandte, oder dass man ihm Gelegenheit giebt, Andere, speziell seine Angehörigen, von der Bereicherung seines Wissensschatzes in Kenntniss zu setzen und überzeugen zu können, was gewiss zur Hebung seines Selbstvertrauens beitragen wird.

Dass Gedächtnisskuren in diesem Sinne von grosser Wirkung und psychotherapeutischer Wichtigkeit sind, ist nicht zu bezweifeln. Man braucht ja nur zu beobachten, welchen Einfluss das Einlernen einer Rolle oder eines Gedichtes bei der Vorbereitung eines Anstaltsfestes auf die Gemüthsstimmung und das Denken einzelner Kranken ausübt.

Budapest, 15. Februar 1902.

Dr. Philipp Stein.



Mittheilungen.

— Sitzung des **Società freniatrica italiana** in Ancona vom 29. Sept. — 3. Oct. 1901. (Nach dem Bericht der rivista mensile di psichiatrica forense, antropologia criminale e scienze affini, anno IV, num. 10 — 11.) (Fortsetzung aus Nr. 48.)

1. October. Nachmittagssitzung.

De Sanctis: Ueber die Classifikation der Geistesstörungen.

Vortr. erörtert in einem historischen Rückblick, der sich zu einem Vortrag über die Geschichte der Psychiatrie gestaltete, alle bisher in Gebrauch gewesenen Eintheilungen der Geisteskrankheiten; eingehend behandelte er hierbei die von Wernicke und Kräpelin angegebenen. Zum Schluss führte er aus, dass es zur Zeit nicht möglich ist, eine sichere Classification der Geistesstörungen zu geben, weil sich die Psychiatrie jetzt in einer Periode des Uebergangs befindet. Die Praxis jedoch erfordert zum Gebrauch für die Statistik eine Eintheilung. De S. hat zu diesem Zweck in Uebereinstimmung mit einer Commission, die sich zusammensetzte aus Bianchi, Bonfigli, Morselli, Tamburini und Ventra folgende Eintheilung aufgestellt:

1. Angeborene Psychosen:
   Hemmungen und Abweichungen der psychischen Entwickelung.
   Intellektueller Schwachsinn.
   Moralischer Schwachsinn.
   Sexuelle Perversitäten.
2. Einfache acute Psychosen:
   Manische Zustände.
   Melancholische Zustände.
   Verwirrtheit.
   Hallucinatorisches Irresein.
3. Primäre und secundäre chronische Psychosen:
   Paranoia.
   Periodische Psychosen.
   Senile Psychosen.
   Zustände von Schwachsinn:
   a) Primärer, jugendlicher.
   b) Secundärer.
4. Paralytische Psychosen:
   Dementia paralytica classica.
   „ „ luetica.
   „ „ alcoholica.
   „ „ encefalo — malacica.
5. Psychosen nach Nervenkrankheiten:
   Geistesstörung nach Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, Chorea etc.
6. Psychosen nach Intoxicationen:
   Geistesstörung bei Pellagra, nach Alcoholmissbrauch, nach Morphium-, nach Cocainvergiftung etc.
7. Psychosen nach Infectionen:
   Geistesstörung nach Influenza, nach Typhus etc.
   Geistesstörung nach Syphilis.
   Delirium acutum.

2. October.

Bianchi: Entstehung und Nosographie der progressiven Paralyse.

Die Paralyse ist eine Krankheit, die auf Ernährungsstörungen des Nervensystems beruht. Alles drängt dazu, sie als die Wirkung einer Intoxication anzusehen.

Die Syphilis ist nur in 60 % der Fälle als Krankheitsursache nachweisbar. Die Statistik jedoch, mit der grosser Missbrauch getrieben worden ist, wird niemals den Werth ätiologischer Faktoren entscheiden.

Alcoholmissbrauch, schwere psychopathische erbliche Belastung, sexuelle Excesse und Arthritismus haben mindestens die gleiche ätiologische Bedeutung als die Syphilis.

Gewöhnlich wirken gleichzeitig mehrere ätiologische Factoren zusammen, um dieselbe Wirkung auszuüben. Selten findet sich einer allein. Wenn aber eine Krankheitsursache allein nachgewiesen werden kann, ist es viel häufiger die schwere psychopathische Veranlagung als die Syphilis. So erklärt es sich, dass die Prostituierten, die fast alle syphilitisch sind, nur eine geringe Anzahl der Paralytiker bilden, dagegen ist unter letzteren gross die Zahl syphilitischer und nicht syphilitischer Ehefrauen.

Es giebt Fälle von Paralyse, in denen die Krankheit unmittelbar nach dem Eindringen des syphilitischen Giftes in den Körper, trotz frühzeitig begonnener, energischer antiseptischer Kuren auftritt. Gewöhnlich aber entwickelt sich die Krankheit 10—25 Jahre nach der Ansteckung, auch wenn die Erkrankten sich in gewissen Zwischenräumen antisyphilitischen Kuren unterworfen haben. Hieraus geht hervor, dass die syphilitischen Toxine (secundäres Stadium der S.) und die parasyphilitischen (tertiäres Stadium) dieselbe Wirkung ausüben. Die antiluetischen Kuren, die gegen die Erscheinungen der secundären und tertiären Syphilis mit Erfolg angewendet werden, haben nicht die Macht, den verhängnisvollen Lauf der Paralyse aufzuhalten, wenn sie schon früh und gleichzeitig mit der Syphilis ausbricht.

Arthritismus ist ebenso sehr und auch häufiger als Syphilis eine Krankheitsursache der Paralyse, besonders in den höheren Gesellschaftsclassen, bei denen Vortr. ihn in $^2/_3$ und mehr der Fälle festgestellt hat, mit und ohne Lues. Zum Arthritismus gehört der renale Typus der Paralyse. Er äussert sich oft durch epileptiforme und apoplectiforme Anfälle, die urämischen Ursprungs sind. Bei diesem Typus findet sich nicht immer Lues.

Weder in der klinischen Form oder dem Verlauf der durch erbliche Veranlagung, Syphilis, Alcohol u. s. w. veranlassten Paralyse noch in den pathologisch-anatomischen Befunden derselben besteht ein Unterschied.

Race, Klima und Lebensweise müssen von gewaltigem Einfluss auf die Entstehung der Paralyse sein, da sie gleich selten ist bei den Arabern und Abessiniern, bei denen Syphilis oft und schwer auftritt, wie bei den Norwegern und Schotten, unter denen starker Alcoholmissbrauch herrscht. Ebenso begünstigt ihre Entstehung mangelhafte Ernährung. Vortr. rechnet dieselbe für die ärmere Bevölkerung Neapels zu den Krankheitsursachen der Paralyse.

Prof. Armanni, einer der bedeutendsten Pathologen



Italiens, hat unter einer grossen Zahl von Autopsien Paralytischer nur in einem Falle specifische syphilitische Veränderungen festgestellt. Die Veränderungen, die sich an Nieren und Blutgefässen von Paralytikern fanden, waren nicht verschieden von den gleichen Abweichungen, die ebenso häufig bei nicht paralytischen Alcoholikern, Apoplektikern und Arthritikern bemerkt wurden. Die histologische Veränderung der Nervenzellen- und -fasern an den Centren und peripheren Nerven spricht nicht für die Entstehung der Paralyse durch Lues.

Die Beziehung der Paralyse zu ihren Krankheitsursachen wird weiterhin gestützt durch die jetzt von allen Seiten anerkannte Thatsache, dass verschiedene Ursachen denselben pathologisch-anatomischen Process hervorrufen können. Wie die Epilepsie luetischen, traumatischen, alcoholischen, arthritischen oder durch erbliche Veranlagung bedingten Ursprungs sein kann, so besteht dieselbe Möglichkeit auch für die Paralyse.

Die pathogene Wirkung des syphilitischen Virus ist nicht zu leugnen, aber sie folgt unmittelbar dem Eindringen des Giftes in den Körper und lässt sich nur erklären als eine bio-chemische Veränderung der nervösen Elemente, deren nutritive Thätigkeit herabgesetzt wird und sich verlangsamt.

Der islamische Fatalismus und die abessinische Trägheit sind der wahre Grund für die Seltenheit der Paralyse trotz der Häufigkeit der Syphilis unter jenen Racen. Aber, wo in diesen Völkerschaften der Geist europäischen Lebens herrscht, schliesst sich die Paralyse der Civilisation in verhängnisvoller Weise an.

Die klinische Form der Paralyse ist proteusartig, immer aber tritt von Anfang an der Verfall der Geisteskräfte hervor. Schwinden der Patellarreflexe und Impotenz können 6 oder 7 Jahre dem Ausbruch der Krankheit vorausgehen. Mitunter stellen die Remissionen die frühere psychische Persönlichkeit fast ad integrum wieder her. Diese Thatsache ist rechtlich von grosser Bedeutung.

Discussion. Tamburini hält auf Grund seiner eigenen Erfahrung die Lues für eine der häufigsten Ursachen der Paralyse, er hat sie in 97—98 % der Fälle festgestellt.

Scabia berichtet über einige Fälle, in denen ausschliesslich körperliche Krankheitserscheinungen vorhanden waren.

Angiolella stimmt dem Vortragenden bei, dessen Ansichten sich mit den seinigen decken.

Agostini hat die Syphilis in 91 % gefunden.

Lugaro glaubt, dass zuverlässige, anamnestische Daten nur über Paralytiker aus den besseren Gesellschaftsclassen zu erhalten sind.

Ventra berichtet von einem Paralytiker mit sehr langer Remission, während welcher derselbe seiner Beschäftigung wieder nachgehen konnte.

Bianchi (Schlusswort) kann auf die Angaben Tamburini's nichts entgegnen, da es sich um Daten der Beobachtung handelt. Einen Fall traumatischer Paralyse hat er selbst beschrieben. Er giebt ferner zu, dass Fälle mit fast ausschliesslich körperlichen Krankheitserscheinungen vorkommen, indessen ist der Geisteszustand dieser Kranken nicht derart, dass ein erfahrener Beobachter nicht die beginnende geistige Schwäche erkennen könnte. Die Bemerkung von Lugaro hält er für zutreffend, denn in einem Irrenhaus, das nur wohlhabende Kranke aufnimmt, ist in einer sorgfältig aufgestellten Statistik eine grössere Anzahl Syphilitischer festgestellt worden, als man sonst in öffentlichen Anstalten beobachtet. Dabei ist aber zu beachten, dass Lues in den höheren Ständen häufiger auftritt.

(Schluss folgt.)

— Zum Fall „Münch" schreibt die Schwäb. Chronik vom 15. Febr.: Mit Frhrn. v. Münch giebt es keine Ruhe! Der „Schwäb. Tagw." wird mitgetheilt, dass der Freiherr sich in den nächsten Tagen wieder in Württemberg aufhalten wolle, um die Termine in einer Reihe von Civilprocessen wahrzunehmen. Er soll zu diesem Zwecke das Ministerium des Innern um freies Geleit gebeten, aber die Bedingungen desselben nicht annehmen zu können erklärt haben. Er habe nunmehr dem Ministerium mitgetheilt, dass er trotzdem auf mehrere Wochen nach Württemberg kommen werde. Wenn das Ministerium es für nothwendig halte, ihn durch einen Wärter begleiten zu lassen, so werde er dem sich nicht widersetzen."

Und im Abendblatt derselben Nr.: „Während bekanntlich gestern noch die „Schwäb. Tagw." meldet, Frhr. v. Münch werde zur Wahrnehmung mehrerer Processtermine nach Württemberg zurückkehren, ohne sich den vom Ministerium des Innern an die Suspendirung des Vollzugs der Einweisungsverfügung vom 2. Mai v. J. geknüpften Bedingungen unterworfen zu haben, theilt nunmehr der „St. Anz." mit, dass Herr v. Münch seine Unterwerfung unter die genannten Bestimmungen telegraphisch angezeigt und auch die Kosten seiner Ueberwachung durch einen Irrenwärter mittelst telegraphischer Postanweisung vorschussweise einbezahlt habe. Also doch! Die „Tagw." weiss dann heute zu berichten, dass Herr v. Münch gestern auf dem Bahnhof hier von einem Irrenwärter empfangen wurde, mit diesem im Hotel Marquardt übernachtete und dann in dessen Begleitung heute früh zur Verhandlung nach Rottenburg weiterreiste."

— Herr Direktor Alt-Uchtspringe hat an einen Passus aus dem von Herrn Geheimrath Schüle-Illenau verfasstem Theile einer Denkschrift über die Entwicklung der Irrenfürsorge in Baden einige Bemerkungen geknüpft, die nach meiner Auffassung beweisen, dass es sich um ein Missverständniss handelt.

Die Provinz Sachsen hat in der Entwicklung der freien Verpflegsformen — das erkennen wie alle mit Dank an — von jeher eine führende Stellung eingenommen; die Ausdehnung der Beschäftigung der Kranken, ihre Verpflegung in offenen Abtheilungen sind dort nicht Jahre, sondern Jahrzehnte alte Errungenschaften und auch die Entwicklung der familiären Verpflegung ist dort zunächst im Anschlusse an Anstalten seit Jahren kräftig in Angriff genommen; Alt konnte sich bei seinem bekannten Projekte auf einen stattlichen Stamm jahrelang in familiärer Verpflegung



bewährter Wärter stützen und auch in der Bevölkerung war der Boden vorbereitet.

Die in der Provinz Sachsen so günstigen Voraussetzungen sind nicht resp. nicht in gleichem Maasse in allen Staaten und Verbänden Deutschlands gegeben — so auch nach der doch wohl massgebenden Ansicht Schüles nicht in Baden.

Schüle will sagen: Wir (in Baden) müssen durch den Neubau der beiden projektirten Anstalten zunächst die freien Verpflegsformen im Anschlusse an Anstalten noch weiter entwickeln; sind diese Anstalten gebaut, dann möge man systematisch das nothwendige Wärterpersonal für familiäre Verpflegung sich heranbilden, systematisch in der Bevölkerung den Sinn für die neue Verpflegsform wecken und verbreiten, kurz die Voraussetzungen schaffen, die für die Provinz Sachsen schon gegeben waren — überstürzt aber wäre es, die Plätze, die wir unbedingt und bald brauchen, nicht in „Anstalten", sondern in familiäre Verpflegung zu schaffen.

Mit kurzen Worten: Schüle sagt nicht und denkt sicher nicht: es war überstürzt von Alt, dass er, bevor die Neubauten (seiner Centrale Jerichow) vollendet waren, mit der Unterbringung von Kranken in familiärer Verpflegung begann — sondern er sagt: unter den in meiner Heimat bestehenden Verhältnissen ohne die Prämissen, über die Alt verfügte, wäre es überstürzt, wenn wir nicht zuerst die Neubauten d. h. die projektirten beiden Anstalten bauen und erst dann die familiäre Verpflegung entwickeln würden.

Ich habe diese Zeilen geschrieben, weil ich eine auf einem Missverständniss beruhende scheinbar weitgehende Meinungsverschiedenheit zwischen zwei führenden Psychiatern wie Schüle und Alt für bedauernswerth halte und weil ich es für ein Unglück halte, wenn das Werk Alts jetzt in der Phase der Entwicklung durch den Schein eines Tadels einer Autorität wie Schüle infolge jener Interpretation eine Störung erleiden würde. —

Dr. G. Kolb-Bayreuth.

Referate.

— Kempner, Zur Reform unseres Strafensystems. Juristische Wochenschrift 1902. Nr. 9—11, p. 85—87.

Schon seit Jahren verlangt die moderne Strafrechtspflege und namentlich die internationale kriminalistische Vereinigung die vollkommene Durchführung einer verschiedenen Behandlung der Gewohnheits- und der Gelegenheitsverbrecher und zwar so, dass für die ersteren die Strafen verschärft, für die letzteren herabgesetzt werden.

Die durch den Allerhöchsten Erlass 1896 eingeführte bedingte Begnadigung hat trotz aller Vorzüge nicht die erwünschte Besserung gebracht. Es erscheint vielmehr berechtigt, die bedingte Begnadigung baldigst zu beseitigen und durch ein Reichsgesetz zu ersetzen, durch welches der Strafrichter ermächtigt wird, die zu erkennende Geld- oder Freiheitsstrafe durch eine der bedingten Verurtheilung entsprechende Zusatzstrafe zu ersetzen.

Das gänzliche Fehlen einer Ehrenstrafe als Hauptstrafe für die Vergehen Strafmündiger wird als eine Lücke des deutschen Strafgesetzbuches empfunden. Diese Neuerung würde sich besonders für die Fälle eignen, wo noch unbestrafte Personen trotz erwiesenen Irrthums über die kriminelle Strafbarkeit der Handlung zur Verantwortung gezogen werden, wo es sich aber um Fahrlässigkeitsvergehen handelt, bei denen dem Thäter nur ein geringes Verschulden wie Mangel an Geistesgegenwart zur Last fällt. Dieses Reichsgesetz würde die durch die bedingte Begnadigung bereits wieder eingerissene Verschiedenheit der Rechtspflege in den einzelnen Bundesstaaten beseitigen.

Schultze.

— Archives of Neurology and Psychopathology. Vol. 3, No. 1, u. 2, 3. Oct. 1901.

Die erste der beiden Nummern dieses bedeutenden Journals, das in ausgezeichneter Ausstattung und mit zahlreichen Abbildungen als wissenschaftliches Centrum der N. Y. Staats-Hospitäler erscheint, enthält u. A.:

B. Onuf u. J. Collins: Untersuchungen über die centrale Localisation des Sympathicus;

die dritte:

R. Weil u. R Frank: „Ueber den Nachweis der Theorie der Neuron-Retraction durch die Golgischen Methoden". Die Vf. schliessen aus ihren Experimenten, dass diese Methoden zur Zeit noch nicht im Stande sind, für jene Theorie die morphologische Basis zu geben.

White versucht, und zwar in überaus interessanter Weise, auf der Unterlage der Auffassung von Sidis über das Problem des Bewusstsein's (1898 N. Y.), diesen Nachweis vom psychischen Standpunkte zu geben.

Winter will das Bertillon'sche System zur Identifikation Geisteskranker angewendet wissen. Ein weiterer Aufsatz bespricht den index cephalicus.

Levene behandelt die neuen Untersuchungen über die Chemie der Proteid-Moleküle.

H. Brooks beschreibt einen sehr gut beobachteten Fall von Weil'scher Krankheit mit schwerem Delirium unter Anschluss von Experimenten.

Onuf bringt eine durch vorzügliche Zeichnungen erläuterte Studie über die Anordnung und Funktion der Zellengruppen in der Sacralgegend des menschlichen Rückenmarks.

A. Kornfeld.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc an die Redaktion wird gebeten.)

— Saargemünd. Dr. Dingel-Ueckermünde ist an Stelle des ausgeschiedenen Dr. Dübbers dritter Arzt geworden. Erster Assistenzarzt ist Dr. Schwartz-Mühlhausen, zweiter Dr. Braun-Metz. — Der zweite Arzt der Anstalt, Herr Dr. Gigglberger, führt vom 1. April ab den Titel „Oberarzt".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 50. 8. März. 1902.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Dormiol.

Eine kritische Sammelarbeit von Dr. *Meltzer*, Anstaltsarzt an der Kgl. Landeserziehungsanstalt f. schwachs. Knaben Gross-Hennersdorf in Sa.

Wenige von den neueren Arzneimitteln haben so bald nach ihrem Auftauchen eine so gründliche und vielseitige Untersuchung erfahren, wie das von dem Chemiker Dr. Fuchs im Jahre 1898 erfundene und von mir im Mai 1899 zum ersten Male in der Litteratur empfohlene Dormiol. Zum Theil mag dies dem Umstande zuzuschreiben gewesen sein, dass Aerzte, Kliniker und besonders Psychiater das Bedürfniss nach einer Vergrösserung der Zahl sicher wirkender und dabei unschädlicher Schlafmittel hatten; weiter dem Umstand, dass die Prüfung hypnotischer Arzneimittel verhältnissmässig einfach ist und mit viel grösserer Präcision erfolgen kann, als die vieler anderer Mittel, da dem, der sich einer solchen Prüfung unterzieht, gewöhnlich gleichzeitig eine grössere Zahl von an dem gleichen Symptom der Schlaflosigkeit leidenden Kranken zur Verfügung steht, und die Wirkung sowohl im Hause des Privatpatienten wie besonders in Anstalten, selbst von nichtärztlichen Personen, leicht kontrolliert werden kann; endlich und hauptsächlich trugen aber doch die günstigen Erfolge, die das Dormiol überall zeitigte, zu seinem raschen Bekanntwerden bei und regten immer wieder zur Nachprüfung an.

Von den unten angeführten 35 Litteraturerzeugnissen urtheilen nur zwei zum Theil absprechend über das Dormiol. Seifert, Würzburg stellt in seiner Arbeit über die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel, in der alle, auch die bewährtesten und unentbehrlichsten, hinsichtlich etwaiger toxischer Einflüsse kritisiert werden, das Dormiol am nächsten dem Trional und fügt hinzu, dass es hier und da Beeinträchtigung des Appetits, Trockenheit im Munde, Uebelkeit, Durchfall und beängstigende Träume verursache. Wie weit Seifert sich hierbei auf eigne Erfahrungen stützt, ist aus der kurzen Notiz nicht zu ersehen. In der mir vorliegenden gesammten Litteratur ist jedenfalls von den meisten der hier genannten Nebenwirkungen nichts oder sogar das Gegentheil zu lesen. — Ferner schreibt Sigmund Fränkel (Arzneimittelsynthese, Verlag von Julius Springer, Berlin, 1901) dass das Dormiol 1. in Wasser unlöslich, 2. keineswegs weniger giftig als Chloralhydrat wäre und diesem in der Art und Weise der Wirkung nahe stehe. Von diesen Behauptungen ist jene falsch und diese nicht richtig. Er konstatiert einige Zeilen weiter unten selbst ganz richtig, dass das Dormiol wasserlöslich sei. Was nun die zweite Behauptung angeht,



dass Dormiol keineswegs weniger giftig wäre als Chloral, so stützt er sich wahrscheinlich auf eine Bemerkung in meiner ersten Publikation. Um die Maximaldosis für Dormiol zu finden, injicierte ich einem Kaninchen eine letale Dosis und fand, dass der Tod unter sehr ähnlichen Erscheinungen wie bei tötlichen Chloralhydratgaben eintrat. Das veranlasste mich damals zu schreiben, „es könne wenigstens vorderhand eine wesentlich geringere **toxische** Wirkung des Dormiol dem Chloral gegenüber nicht angenommen werden." Diese Bemerkung sollte sich aber nur auf letaltoxische Gaben beziehen bez. nur rein toxikologische nicht klinische Bedeutung haben. Auch habe ich nicht nur im anschliessenden Satz die Einschränkung gemacht, dass auch bei letalen Dosen der Exitus viel langsamer eintrete wie bei entsprechenden Chloralhydratmengen, sondern habe auch des Weiteren die Vorzüge des Dormiols vor dem Chloral genügend hervorgehoben. Jetzt kann ich auf Grund so vieler eigner und fremder Erfahrungen jenen Satz, der bedauerlicherweise schon einmal zu Missverständnissen Anlass gegeben (Chemikerzeitung 12. IX. 1900, S. 780), dahin rektificiren, dass Dormiol selbst in hohen, für die Therapie kaum in Betracht kommenden, und die höchst zulässigen Chloralhydratmengen weit überschreitenden Gaben ungleich weniger toxisch wirkt als das Chloral. Das dürften auch die folgenden Zusammenstellungen darthun.

1. Chemisch-Physiologisch-Toxikologisches.

Das Dormiol ist chemisch in mehr als einer Richtung hin ein höchst interessantes Produkt. Die beste Orientierung darüber geben die Arbeiten von Fuchs. Hier sei aus praktischen Gründen für diejenigen, die das Mittel noch nicht kennen, nur erwähnt, dass es rein eine wasserhelle, ölige, menthol campherartig riechende, leicht brennend schmeckende Flüssigkeit ist, die von Wasser unzersetzt aufgenommen wird bezw. sich darin in eigenthümlich langsamer Weise löst. Um es gebrauchsfertig zu haben, überschichtet man das reine Dormiol mit dem gleichen Gewicht Aq. dest. und stellt es unter häufigem Umschütteln bei Zimmertemperatur solange bei Seite bis eine homogene Lösung entstanden ist. (Nicht kochen!) Zu dieser 50% unbegrenzt haltbaren Lösung, die man auch im Handel erhält, giebt man dann allmählich die zur Herstellung der 5 oder 10% Lösung erforderliche Menge kalten Wassers. Die Zeitdauer des Lösungsvorganges ist proportional der angewendeten Menge Dormiol. Man bewahrt die Lösung am besten vor Licht geschützt am kühlen Orte auf.

Das Dormiol oder Dimethyläthylcarbinolchloral oder Amylenchloral ist eine aus zwei an sich schon schlaferzeugenden Stoffen zusammengesetzte einheitliche chemische Verbindung, die sich von ihren Ausgangsprodukten, dem Chloral und Amylenhydrat durch ihre Reaktionen deutlich unterscheidet. Einige Autoren haben gemeint an Stelle des Dormiols könne man ebensogut eine entsprechende physikalische Mischung von Chloral und Amylenhydrat benutzen. Dieser Ansicht war ich, der ich vor dem Auftauchen des Dormiols in der Kgl. Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch i. Sa. diese Mischung mit Vorliebe benutzte, ebenfalls. Allein meine späteren Erfahrungen an Kranken, bei denen diese Mischung zuweilen ähnliche ungünstige Symptome hervorrief, wie sie Chloral und Amylenhydrat für sich erzeugen können, sowie die neuerlichen vergleichenden Thierexperimente von Fuchs (Privatmittheilung), über die mir das Portokoll vorliegt, haben bewiesen, dass Dormiol zum Unterschied von der Mischung seiner Componenten als chemisches Individuum resorbiert wird und erst nach Passierung des Magens in der alkalischen Blutbahn eine allmähliche Molekül für Molekül sich vollziehende Spaltung erfährt. Dasselbe hatten u. a. auch die grundlegenden Experimente von Fuchs und Koch schon wahrscheinlich gemacht. Es zeigte sich damals, dass dieselben Kaninchen ca 24% Chloral mehr in Form des Dormiols vertrugen als in Form des Chloralhydrat. Das hatte seine Ursache darin, dass Dormiol dank seiner Verschiedenheit vom Chloralhydrat Atmung und Herz viel weniger beeinflusst. Daher sinkt auch der Blutdruck und die Temperatur weniger und allmählicher als bei Einverleibung von Chloralhydrat (s. auch Nola). Ich beobachtete bei der Fahndung nach der Maximaldosis, dass bei einem Kaninchen der Tod ganz langsam, 5 Stunden (nicht 5 Minuten, wie v. Kètly falsch abschreibt) nach der subcut. Injektion von 3 g unter allmählichem Temperaturabfall, Verringerung der Atemzahl bis auf $^1/_4$ des gewöhnlichen, Schwächerwerden der Herzaktion und Erlöschen der Reflexe eintrat. Die Sektion ergab: Herz schlaff, etwas erweitert, mit flüssigem Blut gefüllt; sonst nirgends etwas Bemerkenswerthes (s. auch Baroch). Es ist selbst bei diesen hohen Gaben möglich, den letalen Ausgang zu verzögern bezw. zu verhindern, wenn das Herz durch Excitantia oder den elektrischen Strom zur Weiterarbeit gereizt und dafür gesorgt wird, dass die Temperatur durch Zuführung von Wärme nicht zu tief sinkt. Bei Chloralintoxikation ist man bekanntlich viel ohnmächtiger, da der Tod rapider eintritt.

Je kleiner die Thiere sind, desto schlechter vertragen sie im Allgemeinen wenigstens Dormiol, je grösser desto besser und ohne merklichen Einfluss auf die Organfunktionen. So starb ein ganz junges

Meerschweinchen (Munk) von nur 280 g Gewicht nach Injektion von 0,3 Dormiol in 1 ccm Aq. nach 1 Std. 40 Min.; ein andres von 770 g ertrug schon 0,5 Dormiol gut ohne Temperaturabfall, während bei 0,3 Chloral die Temperatur um 2° sank. Ein Kaninchen von 1200 g Gewicht zeigte nach 1,4 g Dormiol vorübergehend tiefe Temperatur, ein Kaninchen von Fuchs bei einem Gewicht von 1700 g und Normaltemperatur von 39,5° nach 1,4 g keine nennenswerthe Temperaturerniedrigung (1/2 Grad), während ein andres von demselben Gewicht und Körpertemperatur bei 0,8 g Chloral nach 2 Std. 20 Min. unter beträchtlichem Sinken der Temperatur starb. Barochs Kaninchen liessen bei Injection von 1 g D. sedative Wirkung, leichten Temperaturabfall, bei Injection von 1,25 g hypnotische Wirkung und erheblicheren Temperaturabfall erkennen. Inanitionsthiere reagirten stärker auf die gleichen Dosen. Bei Hunden ist die Temperaturschwankung äusserst gering, selbst bei Gaben, die man nur ausnahmsweise bei Menschen zu geben gezwungen sein wird, und was nun endlich den Menschen anbetrifft, so findet sich nur bei Frieser in zwei Fällen ein mässiges Absinken der Körperwärme, der Athmungsfrequenz und zuweilen eine Verlangsamung des Pulses, und bei Munk in 1 Fall nach abendlicher Darreichung, ein geringer Temperaturabfall erwähnt. Letzterer empfiehlt es deswegen auch bei fieberhaften Krankheiten (auch Moir). Bodenstein und Fürst gaben Dormiol auch Kindern, und zwar letzterer vom 2. Jahre an, und berichten bei 0,5 — 1 g von keinerlei üblen Nebenwirkungen. Goldmann gab einer Kranken 4,5 g, Schultze 6 g, Brownrigg bis 7 g auf einmal, Wederhake verschiedenen Kranken 2 mal 3 g hintereinander ohne Schaden. Letzterer hat nun auch selbst einmal eine Dosis von 6 g per os genommen. Er schreibt darüber in seiner vorzüglichen Dissertation, einer der besten Dormiolarbeiten, dass er bald danach in einen totenähnlichen Schlaf von 18 Stunden Dauer verfallen wäre. Nach dem Erwachen war er wie gelähmt und steif in allen Gliedern, fühlte sich zum Arbeiten unfähig, müde und legte sich daher noch 4 Stunden nieder, um am andern Morgen frisch und ohne Nachwehen aufzuwachen. Nur trat an diesem Tage vier mal breiiger Stuhl ohne sonstige Beschwerden auf. Während er bei 6 g Dormiol nicht die geringsten Herzbeschwerden hatte, klagte er nach 2,5 Chloralhydratgebrauch über unangenehmes Gefühl von Herzklopfen und Carotidenpochen.

Fuchs, Koch, Baroch und ich haben das Dormiol wiederholt Thieren injiciert und dabei besonders bei sensibleren örtliche Reizung an der Stelle der subcutanen Injektionen gesehen und zwar desto mehr, je weniger verdünnt das Präparat injiciert wurde. Wederhake injicierte sich 6 Spritzen einer 10% Dormiollösung; es entstand eine grosse pralle Blase, die sich nicht verkleinerte, sondern am andern Tage noch bestand. Zwölf Stunden nachher eröffnet liess sie eine klare Flüssigkeit mit dem typischen Dormiolgeruch gehen. Wederhake vermisste jegliche Wirkung in diesem Falle. Die Injektion war an sich nicht schmerzhaft, aber es stellte sich nach einiger Zeit ein brennendes Gefühl ein, das sich bald bis zur Unerträglichkeit steigerte. An der Injektionsstelle entstand eine Zehnpfennigstück grosse Nekrose, die nach 5 Wochen noch nicht verheilt war. Etwas derartiges konnte ich bei Kranken, denen es versuchsweise injiciert wurde, nicht feststellen; auch wurde das von mir und andern den Thieren subcutan beigebrachte Dormiol stets rasch und vollständig resorbiert. Vielleicht erklärt sich der Befund Wederhakes an sich selbst dadurch, dass er zuviel Flüssigkeit gleichzeitig injicierte, so dass der starke Seitendruck in der Flüssigkeitsblase die Lymphwege verschloss. Jedenfalls geht aus alledem hervor, dass Dormiol sich bislang nicht zur subcut. Injektion eignet.

Per clysma in Verdünnung gegeben reizt Dormiol den Mastdarm nicht (Schultze, Wederhake, Fürst) und wird rasch, ja rascher, als wenn per os gegeben, resorbirt. Bringt man es dagegen rein nur mit Cacaobutter vermengt als Suppositorium auf die Rektalschleimhaut, so reizt es diese. (Wederhake). Tropfen von 50% Lösung auf die Zunge gebracht, bewirken ein leichtes bald verschwindendes Brennen. Ebenso scheinen die mit reinem Dormiol gefüllten Gelatinekapseln (nicht die Lösung in Wasser!) manchmal den Magen zu reizen und zuweilen leichtes brennendes Aufstossen oder Magendrücken zu verursachen (Munk: 1 Fall). Der Appetit wird indessen nicht beeinflusst, (s. auch später) und speciell haben alle Thierexperimente gezeigt, dass die Thiere, nachdem sie aus dem Dormiolschlaf erwacht waren, normal fresslustig waren, während andere Hypnotika die Verdauungsorgane z. T. recht ungünstig beeinflussten. — Die Darmperistaltik wird wie Wederhake bei sich feststellen konnte, durch Dormiol in grossen Gaben angeregt (s. oben). Bei manchen Individuen scheinen indessen auch schon kleinere Gaben zu genügen, um vermehrte Peristaltik zu erregen. So berichtet derselbe von 2 Kranken, die nach Dormiol stets Durchfall bekamen. Eine von diesen beiden Kranken wurde auch durch Dormiol nicht beruhigt, sondern gerieth in Erregung und betrug sich wie eine Betrunkene. Dasselbe beobachtete er bei einer geistesgesunden Patientin, die von 1 g vollständig berauscht wurde, so dass sie sang und tanzte.



Endlich hat Pollitz einmal ein Erythem beobachtet, das er auf Dormiol zurückführt. Exantheme sind ja bei Gebrauch von Chloral und Amylenh., ja sehr vieler Arzeneimittel, nichts Seltenes. Besançon hat übrigens bei Dormiol nie Erytheme beobachtet.

Diese unter den Tausenden von Fällen günstiger Wirkung ganz vereinzelt dastehenden ungünstigen Erfahrungen, können, zumal wenn man die Toxikologie der anderen Hypnotika übersieht, den Werth des Dormiols natürlich nicht beeinträchtigen. Nach der Lehre von den Idiosynkrasieen wird es stets Fälle geben, wo schon kleinste Gaben eines sonst vortrefflichen und nur in grossen Gaben mehr oder weniger toxischen Mittels anders wirken als bei der grossen Masse. Noch erwähnt sei am Schlusse dieses Abschnittes, dass Dormiol die Nieren nicht beeinflusst, im Gegensatz zu dem neuerdings empfohlenen Hedonal, dessen hypnotische Wirkung angeblich dadurch beeinträchtigt wird, dass es die Diurese steigert und oft die Kranken aus dem Schlafe weckt.

II. Klinisch-Therapeutisches.

Die sämmtlichen unten angeführten Arbeiten kommen zu der Schlussfolgerung, dass Dormiol ein äusserst brauchbares Hypnoticum ist, das den zuverlässigsten vorhandenen Hypnoticis an die Seite gestellt werden kann bez. ihnen überlegen ist, weil es eine dem physiologischen Schlaf am nächsten kommende Wirkung erzielt. Die meisten Autoren betonen ausdrücklich, dass ihre Patienten immer wieder zum Ausdruck gebracht haben, sie hätten nach Dormiolgebrauch das Gefühl des Wohlgeschlafenhabens, hätten nicht die geringsten Neben- oder Nachwirkungen gespürt und wären nach dem Erwachen frisch und selbst zu geistiger Arbeit fähig gewesen. Dehio nahm es selbst zu 1 g; Schlaf trat schnell und ohne unangenehme Empfindungen ein, war ruhig, traumlos, und es fehlte nach dem Erwachen jedes Gefühl einer narkotischen Nachwirkung. Viele, die sich mit dem Dormiol näher beschäftigt haben, führen auf diesen dem natürlichen so ähnlichen Dormiolschlaf Besserungen im Gesammtbefinden des Kranken zurück. Sie folgern, der durch ein paar Nächte hindurch mit Dormiol erzielte Schlaf habe die Gesammtconstitution des betr. Kranken so gekräftigt, dass schwere körperliche Krankheiten dadurch auf das Günstigste beeinflusst worden wären (Goldmann, Besançon), dass Neurastheniker, nervöse Kinder auch nach Aussetzen des Dormiols sich besser und freier gefühlt und spontan geschlafen hätten. Anfälle von pavor nocturn blieben nach 10—14 täg. Gebrauch von Dormiol aus (Fürst, Bodenstein). Letzterer kommt zu dem Schlusse, dass Dormiol den schwächlichsten Patienten gegeben werden kann, Fürst zieht es in der Kinderpraxis allen anderen Hypnoticis und Sedativis vor.

Schultze stellte zuerst fest, dass es den Appetit im Gegensatz zu andern Hypnoticis anregt; Goldmann gab es bei einem Kranken mit Lebercirrhose trotz schwersten Darniederliegens der Magendarmfunktionen mit bestem Erfolge und ohne Nebenwirkungen, Moir, Besançon bei Typhus, Dyssenterie, Darmkatarrh, Fasano bei Verdauungskrankheiten, Munk bei Typhus. Letzterer konstatirte sogar calmirenden Einfluss auf schmerzhafte Darmperistaltik und auf Kardialgie mit öfterem Erbrechen. Andere begnügen sich mit dem Hinweis auf die Unschädlichkeit des Dormiols hinsichtlich der Verdauungsorgane. Selbst bei Wederhake, der bei 2 Fällen mit Idiosyncrasie gegen Dormiol Durchfall gesehen hatte, findet sich am Schlusse der Arbeit der Satz, dass es den Appetit und die Darmthätigkeit anrege.

Weil Dormiol, wie sich in den Thierexperimenten nachweisen liess, in gleich hohen Gaben wie Chloral Herz und Athmung gar nicht bez. sehr wenig alterirte, wurde es nun auch öfter bei Herzkranken angewendet. Fischer will das Chloral überhaupt verbannt haben, Tendlau, Peters, v. Kétly sprechen ganz allgemein davon, dass sie Dormiol bei schweren Herz- und Nierenkranken mit Erfolg und ohne Nebenwirkungen gegeben hätten. Nach einer mündlichen Mittheilung von Langreuther-Münster an Fuchs, erzeugte Chloral in einem Falle Collaps, in dem das Dormiol ohne Störung vertragen wurde. Claus berichtet von einem Neurastheniker mit Herzklappenfehler, Besançon von je einem Fall von Endocarditis u. Aortenaneurysma, Wederhake von einer melancholischen Kranken mit unreinen Herztönen, sehr wechselnder Herzaktion und rigiden Arterien, Bodenstein von einem Fall von Herzfehler mit stenocardischen Anfällen und hartnäckiger Schlaflosigkeit, dass sie sämmtlich Dormiol gut vertrugen, während andere Hypnotika gastrische oder collaptische Erscheinungen gemacht hatten. Ich habe es einem 11 jährigen Knaben mit Herzfehler (Bicuspidalinsufficienz) im Endstadium seiner Krankheit zu $^{1}/_{2}$ und 1 g in Lösung gegeben, ohne dass ich die geringste schädliche Neben- oder Nachwirkung gesehen hätte; Pat. schlief fest und lang und wurde nicht durch den quälenden Husten immer geweckt; Dormiol that mir in diesem Falle bessere Dienste wie das gegen das letztere Symptom zuerst gegebene Codein.

Goldmann u. Besançon wendeten es auch bei Lungentuberkulose an; Husten und Expektoration wurden dadurch nicht unterdrückt, was ja in diesen Fällen wünschens-



werth war; die Kranken wurden durch den Husten wohl geweckt und expektorirten, schliefen aber sofort wieder ein und erwachten früh gekräftigt durch den guten Schlaf. Er betrachtet daher das Dormiol als ein wichtiges adjuvans bei der Behandlung der Tuberkulose. Bodenstein und Fasano empfehlen es ebenfalls bei Phthisis.

Was die sedative Wirkung des Dormiols anlangt, so sind da die Meinungen getheilt. Während Goldmann, Munk, Brownrigg, Bodenstein und Claus, z. Th. unter Anziehung von charakteristischen Fällen für eine sedative Wirkung sowohl bei stärkerer psychischer Erregung als auch bei Schmerzen auf organisch bedingter Basis eintreten, haben andere diese Wirkung nur bei höheren Gaben gesehen (Tendlau), oder stellen sie als unsicher hin (Kétly, Frieser, Holz) bez. verneinen sie gänzlich. (Schultze, Wederhake). Erwähnenswerth erscheint mir ein Fall von Claus mit lancinirenden Schmerzen bei Tabes, 2 von Goldmann, der eine mit heftigsten Gichtschmerzattacken, der andere mit Knochenlues, einer von Munk mit Schmerzen bei gonorrhoischer Kniegelenksentzündung und einer von Bodenstein mit Dolores osteocopi, in denen das Dormiol bei den heftigsten Schmerzen oder Schmerzattacken nicht nur schmerzbeseitigend, sondern auch schlafbringend wirkte. In einem weitern Fall Bodensteins von akuter Gonorrhoe mit schmerzhaften Erektionen und Pollutionen, in dem Brom, Morphium, Lupulin und Bäder in Stich gelassen hatten, trat nach Dormiol ein 6—7 stündiger durch Erektionen oder Pollutionen nicht gestörter Schlaf ein. — Sicher ist sonach, dass Dormiol in manchen Fällen eine sedative Wirkung auf Schmerzen zeigt, dass es dagegen in andern Fällen in dieser Hinsicht unsicher ist und daher zweckmässig mit Antalgeticis gegeben werden muss, um eine volle Wirkung zu bekommen.

Bezüglich des eigentlichen hypnotischen Effektes, hatten Peters 84 %, Fasano 90 % Erfolg bei Geistesgesunden; andere rühmen die grosse Sicherheit des Dormiols in dieser Hinsicht neben der absoluten Unschädlichkeit. Schultze und ich sahen bei 75 % der Geisteskranken, denen es als Hypnoticum gegeben wurde, Holz bei 85 %, Wederhake bei 77,4 % der Frauen, und 66 % der Männer Erfolg; und zwar fand ihn letzterer am geringsten bei Melancholie, besser bei Manie, am besten bei Demenz, Pollitz guten Erfolg bei 12 Kranken, deren Erregung auf ängstliche Hallucinationen zu schieben war, theilweisen und unsichern, bei periodisch oder chronisch manischen und erregten Dementen. Schultze nützte es bei Manie und den stärkeren Erregungszuständen der Paralyse wenig, bei allen andern, besonders aber bei Melancholie, Depression, Hypochondrie wirkte es ziemlich sicher. Derselbe gab es auch Deliranten zu 6 g mit vollem Erfolg; Holz behandelte 25 Fälle von chronischem Alkoholismus in Form des Delir. trem.; bei 50 % trat nach einmaliger Gabe von 2 $^1/_2$—3 g nach 15—60 Min. Schlaf von 5—8 stündiger Dauer ein, bei 30 % Erfolg erst nach weiteren 3 g, bei 20 % kein Erfolg. Bei Epilepsie, namentlich alten Fällen, war es nach Schultze von unsichrer Wirkung, während Dehio und Nola bei Epileptischen mit dem Erfolge zufrieden waren. Dehio vermuthet, dass es bei stat. epilept. gute Dienste thun werde, zumal bei der Ungefährlichkeit des Mittels viel höhere Dosen als bei Chloral gegeben werden könnten. Nach Anfallsserien mancher Epileptischer blieb nach ihm die sonst stets beobachtete Verwirrtheit oder motorische Unruhe aus bez. verlief sie viel milder.

Ich finde es im Allgemeinen müssig darüber zu discutieren, bei welcher Form von Geisteskrankheit ein Hypnoticum bessere Dienste geleistet hat, wenigstens so lange als noch fast jeder Psychiater seine eigne Diagnostik hat. Eher dürfte man sich begegnen, wenn man hier nur von leichter, mittlerer und starker psychischer Erregung spricht. Nach meinen noch anderthalb Jahr nach Erscheinen meiner ersten Publikation gemachten Erfahrungen an der Landesirrenpflegeanstalt Colditz i. S. habe ich unter gütiger Mitwirkung meines damaligen hochverehrten Abtheilungschefs, Herrn Oberarztes Dr. Brackmann, gefunden, dass das Dormiol bei leichten und mittelmässigen Erregungszuständen psychischer Krankheiten fast stets beruhigend oder schlafbringend gewirkt hat. Ziemliche Uebereinstimmung herrscht über den Punkt, dass in Fällen starker psychischer Erregung Dormiol ebenso versagt wie andere Hypnotika, (Claus, Combemale, Schultze, Wederhake, Meltzer etc.). Manche (Frieser, Franco di Rocha, Goldmann, Brownrigg) streichen freilich auch da noch das Dormiol vor andern Hypnoticis heraus. Jedenfalls muss die Dosis um so höher gegeben werden, je stärker die Erregung ist und kann ohne Nachtheil mit 0,01—0,02 Morphium, 0,01 Opium, mit Peronin, Dionin, auch mit Sulfonal und Trional combinirt gegeben werden. Dehio, Dornblüth rathen die letztgenannte Combination mit zwei andern Schlafmitteln; sie erzielten dadurch eine sehr anhaltende Wirkung.

Die besten Erfolge haben alle Bearbeiter bei funktionellen Neurosen, bei nervöser, auf Schwäche beruhender Asomnie beobachtet, selbst bei längerer durch Wochen und Monate fortgesetzter Darreichung. Ja es zeigte sich dann oft, dass nach Aussetzen des Dormiols die Schlaflosigkeit überhaupt nicht mehr vorhanden war bez. normale Verhältnisse eintraten (Peters,



Goldmann). Bei manchen derartigen Kranken, denen zuerst mittlere und grosse Dosen gegeben werden mussten, genügten später kleine (Besançon). Goldmann berichtet von einem Kranken mit vorgeschrittener Ataxie und chron. Agrypnie, dass bei ihm $^1/_2$—$1^1/_2$ g oft noch die 2. ja die 3. Nacht nachwirkte.

Nur Peters und Dehio verzeichnen die Möglichkeit einer Angewöhnung; diese trat aber viel später ein, als bei andern Hypnoticis. Alle andern verneinen sie, ebenso die Möglichkeit einer Accumulation. Ein Karcinomkranker Goldmanns, der die verschiedensten Schlafmittel mit mehr oder weniger Erfolg gebraucht hatte, fand bei fast durch 2 Monate täglichem Gebrauch von 1 g später $^1/_2$ g Dormiol 5—7 stündigen Schlaf, ein andrer mit Knochenlues, der alle Mittel durchprobirt hatte, bei 2—3 mal wöchentlich 4 Monate hindurch, desgleichen. Dehio gab 2 mal 2 g täglich bis zu 5 Wochen, Dornblüth wochenlang 2—3 g; Bodenstein, der es auch einmal 4 Wochen lang ohne Nachtheil angewendet hat, schreibt, dass er mit dem Dormiol stets zufrieden gewesen sei auch bei Patienten, die alle andern Hypnotica nur mit theilweisem Erfolg gebraucht bez. bald verworfen hatten. Dehio vermerkt, dass auch bei längerer Darreichung der Appetit gut blieb, kein Durchfall, keine Ausschläge eintraten. Derselbe sah eine Chloralconjunctivitis bei Ersatz des Chloral durch Dormiol sofort schwinden.

Dormiol am Tage gegeben wirkte nach Dehio beruhigend und müde machend auf Geisteskranke; Schlaf trat selten ein. Auch Frieser verzeichnet eine gute sedative Wirkung am Tage. Die hypnotische Wirkung lässt sich am Tage bei geistiger Arbeit leichter überwinden (Wederhake) wie abends, wo die Bedingungen für den Eintritt des Schlafes günstiger sind. Ich beobachtete übrigens selbst bei ganz ruhigen Geisteskranken am Tage sehr häufig ein Ausbleiben der hypnotischen Wirkung bei allen Schlafmitteln.

Was den Eintritt der hypnotischen Wirkung anbetrifft, so stimmen fast alle Arbeiten darin überein, dass sie bei einer mittleren Gabe im Allgemeinen nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, nach Dornblüth oft schon nach 10 Minuten eintritt. Doch kann man noch bis zu einer Stunde Eintritt von Schlaf erwarten. Tritt er erst so spät ein, so ist die Wirkung auch meist wenig nachhaltig (Pollitz). Der Schlaf dauert meist 5—8 Stunden. Die Länge des Schlafes war nicht immer proportional der Höhe der Gabe.

Man pflegt 0,5—1 g bei leichterer nervöser Agrypnie, bei schwächlichen, siechen und kindlichen Personen zu geben; 1—2—3 g bei schwererer oder bei durch Schmerzen und mässig psychische Erregung complicirter Schlaflosigkeit; bei starker psychischer Erregung, heftigen Schmerzen, schwerer Depression und Angstzuständen, falls man Schlaf erzielen will, eine hohe Gabe Dormiol etwa 3 g combinirt mit Sedativis. — Herzkranken giebt man es rein in Gelatinekapseln, wie sie im Handel zu haben sind oder nach Receptformeln II, da die Resorption der reinen oder wenig verdünnten Substanz und die Spaltung in die Bestandtheile langsamer erfolgt als die der Lösung. Indessen habe ich auch die Lösung ohne Nachtheil gegeben. Bei Geisteskranken, die meist wenig empfindlich gegen den Geschmack der Arzneimittel sind, empfiehlt sich die 10% Lösung ohne jedes Corrigens; bei Geistesgesunden die 10% Lösung mit Milchzusatz (Koch, Peters) oder nach den Receptformeln I und II. Fürst giebt es grössern Kindern, falls nöthig, im versüsstem Salepschleim, kleineren 0,5—1 g in Stärkeklystier. Erwachsene erhalten per clysma 30 g der 10% Lösung mit entsprechendem Wasserzusatz. Empfohlen werden folgende Receptformeln:

I.

1. Sol. Dormiol 50% . . 20,0
   Aqu. dest. 80,0
   Syrup. simpl. 20,0
   M. D. S. Abds. 1—2 Esslöffel.
   Bei habitueller Schlaflosigkeit.
2. Sol. Dormiol 50% . . 4,0
   Aqu. dest. 10,0
   Succ. Liquir. 2,0
   S. Vor Schlafengehen z. nehmen (Einzeldosis).

II. Dormiol wenig verdünnt.

1. Sol. Dormiol 50% 20,0
   Syrup. simpl. 10,0.
   M. S. Umschütteln 1—2 Theelöffel.
2. Sol. Dormiol 50% 20,0
   Morf. muriat. 0,1—0,15
   Syrup. simpl. 10,0.
   Aqu. dest. 179,0.
   M. S. Umschütteln 1—2 Esslöffel.
3. Dormiol 0,5.
   D. in caps. gelat. Tal. dos. No. VI.
   S. Abds. 2, 3 bis 6 Kapseln, jede mit einem Schluck Wasser.

Obgleich alle Autoren ausser Tendlau, der schreibt, dass einigen Patienten der süssliche Geschmack des Dormiols unangenehm war, berichten, dass es von fast allen Kranken ohne Widerwillen ja gern genommen wurde, so lässt sich doch nicht sagen, dass sein Geschmack gut ist. Nur das ist gewiss, dass er jedenfalls angenehmer ist wie der süsslich kratzende des Chlorals, der scharfe des Amylenhydrat und Paraldehyd.



Sicher ist ferner, dass es mit den genannten bisher am meisten gebrauchten bezw. bewährten Hypnoticis, denen ich nur noch das Trional anreihen möchte, auch hinsichtlich des Preises erfolgreich konkurriren kann. Fischer bemerkt, dass Dormiol wegen der meist genügenden Gaben von 1 g sich wesentlich billiger stellt als entsprechende Gaben von Paraldehyd, Amylenhydrat, Chloralformamid und Trional. Nach Peters und Dornblüth ist es — vom Chloral natürlich immer abgesehen — das billigste Hypnoticum; Pollitz stellt es an dritte Stelle, ich an die zweite.

Eine Zusammenstellung aus dem neuesten Katalog von Gehe & Co. in Dresden, wohl dem ersten Engros-Geschäft Sachsens für chem. und pharmaceutische Präparate, ergiebt nämlich:

Dormiol 50%	Hectogr.	= 2,60 M.	0,5 D. = 2,6 ₰	1 g =	5,2 ₰
Amylenhydrat	„	= 3,20 „	1,0 „ = 3,2 „	3 g =	9,6 „
Trional	„	= 10,0 „	1,0 „ = 10,0 „	2 g =	20,0 „
Paraldehyd	Kilogr.	= 9,50 „	1,0 „ = 0,98 „	4 g =	3,8 „

Man ersieht hieraus, dass ich die Wirkung von 1 g Dormiol gleich setze der von 2 g Trional, 3 g Amylenhydrat, 4 g Paraldehyd. Dies sind zugleich die vier Hypnotica, die am ehesten mit einander concurriren können.

In neueren Abhandlungen und Lehrbüchern bin ich öfter der Ansicht begegnet, dass Trional zur Zeit das harmloseste und beste Schlafmittel ist. Nach den namentlich in der psychiatrischen Litteratur niedergelegten Erfahrungen über akute und chronische Trionalintoxikation (s. auch Zusammenstellung von Seifert, Würzb. Abhandlungen 1900, I. Band, I. Heft, S. 13) kann dieser Satz nicht mehr aufrecht erhalten werden. Ausserdem aber wirkt Trional oft recht langsam, unsicher und ist unverhältnissmässig theuer. Ich überlasse es dem Leser sich auf Grund obiger sine ira et studio gemachten Zusammenstellung aller bisherigen Erfahrungen über Dormiol und auf Grund eigner Versuche sich ein Urtheil über den Werth dieses Schlafmittels zu bilden.

Litteratur über „Dormiol."

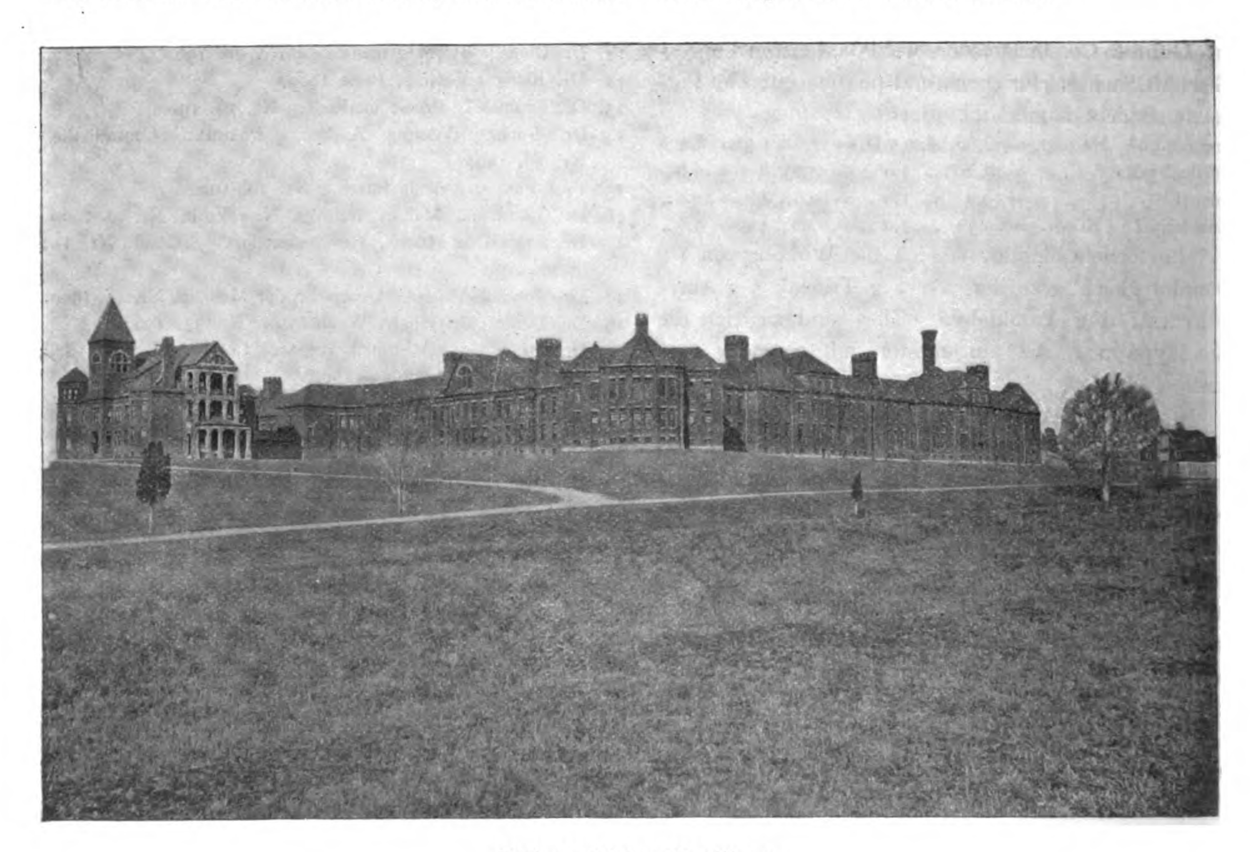
1. Dr. Fuchs und Dr. Koch. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 37. 1898.
2. Dr. Meltzer-Colditz i. Sa. Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 18. 1899.
3. Dr. Fuchs. Zeitschr. f. angewandt. Chemie. Nr. 49. 1899.
4. Privatdozent Dr. Schultze. Neurol. Centralbl. Nr. 6. 1900.
5. Dr. Peters, Luisenhospital Aachen. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 14. 1900.
6. Prof. Königshöfer. Ophthalmol. Klinik. Nr. 9. 1900.
7. Dr. Moir. Medical Press, London, Juni 1900.
8. Dr. Frieser. Aerztl. Centralztg. Nr. 23. 1900.
9. Dr. v. Ketly-Budapest. Therapie der Gegenwart, Aug. 1900.
10. Dr. Pollitz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. B. 57. H. 5. 1900.
11. Dr. Claus. Belgique medicale. Nr. 46. 1900.
12. Dr. Koch. Vortrag, Paris 1900.
13. Dr. Fromme. Presse medicale. Nr. 76. 1900.
14. Dr. Fuchs. Vortrag Aachen. Pharmac. Centralhalle, Nr. 39. 1900.
15. Prof Fasano. Arch. intern. Nr. 10. 1900.
16. Dr. Goldmann. Mercks Archives. New York. Nr. 10. 1900.
17. Dr. Franco da Rocha, Revista medica. S. Paulo Nr. 10. 1900.
18. Dr. Tendlau-Moabit. Quartschr. der Medizin. Nr. 44. 1900.
19. Dr. Dehio. Psychiatr. Wochenschr. Nr. 37. 1900.
20. Dr. Brownrigg. Annual Report to the Governor and Council 1900 pag 152—160.
21. Dr. Dornblüth. Aerztl. Monatsschr. Heft 1. 1901.
22. Dr. Munk. Deutsche Praxis. Zeitschr. für prakt. Aerzte. Nr. 5. 1901.
23. Dr. Fischer. Deutsche Praxis. Nr. 4. 1901.
24. Prof. Schüle. Deutsche Praxis. Nr. 7. 1901.
25. Dr. Holz. (Prof. Meschede-Königsberg) Inaugur.-Dissert. 1900.
26. Dr. Wederhake. (Prof. Pelman, Bonn) Inaug.-Dissert. 1901.
27. Prof. Combemale Echo medicale du Nord. Mai 1901.
28. Dr. Stern. Wratschebnaja Gaseton. Sept. 1901.
29. Dr. Bodenstein. Deutsche Aerzte-Zeitung. Nr. 19. 1901.
30. Dr. Foy. Medical Press. 30. X. 1901.
31. Dr. Powell. The North American Journal of diagn. and pract. Nr. 3. 1901.
32. Sanitätsrath Dr. Fürst. Deutsch. Med. Zeitg. 1901. 91.
33. Baroch. cand. med. Allgem. Med. Centralzeitg. 1902, Nr. 3.
34. Besançon. Journal de médecine interne 1902, Nr. 1, p. 4.
35. Angelo di Nola. Il dormiolo nelle malattie mentali. Estratto dal Policlinico, Vol. VIII. M. 1901.

Das Matteawan State Hospital.

(Nach dem Bericht vom Oktober 1899 bis 1. Oktober 1900).

Bis zum Jahre 1859 wurden alle Verbrecher, welche geisteskrank wurden, ins Utica State Hospital gebracht. Da sich aber dieselben ausserordentlich störend für das Getriebe der Irrenanstalt erwiesen und zahlreiche Unzuträglichkeiten sich zeigten, so wurde eine Kommission zur Prüfung der Sachlage ernannt und auf deren Bericht die Inspektoren der Staatsgefängnisse i. J. 1855 angewiesen, besondere Vorkehrungen für die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher zu treffen. Daraufhin wurde beim alten Staatsgefängniss zu Auburn ein besonderes Gebäude als Anstalt für irre Verbrecher errichtet, welche am 2. Februar 1859 eröffnet wurde. So wurde Utica von den verbrecherischen Elementen befreit, doch

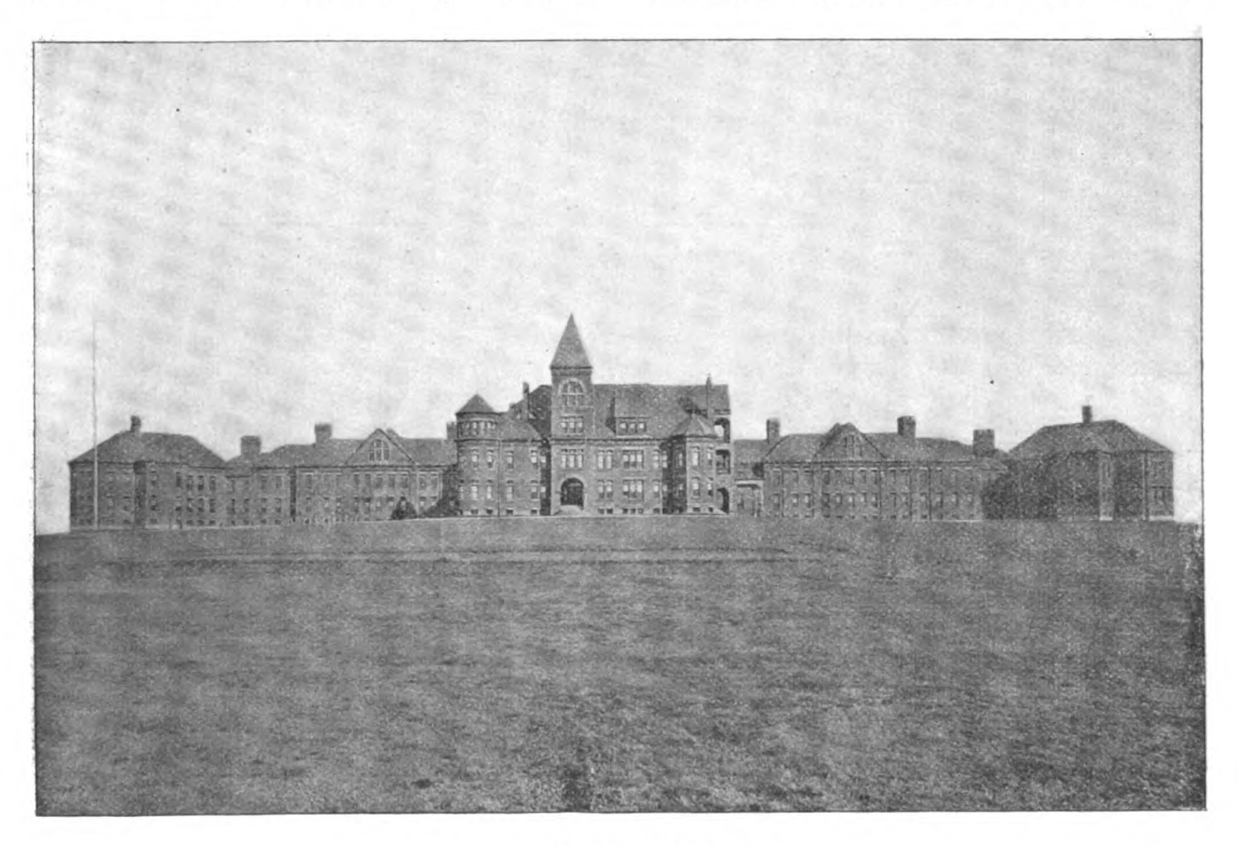
wurden in Utica noch immer Kranke aufgenommen, welche ein Verbrechen begangen hatten, die nicht verurtheilt waren, deren Anhäufung schliesslich auch recht störend wirkte. Im J. 1869 wurde ein Gesetz erlassen, durch welches die Richter ermächtigt wurden, criminelle Irre (Mordbrenner, Mörder oder Verbrecher mit Mordversuchen) entweder in die Anstalt für geisteskranke Verbrecher zu Auburn oder in eine der Staatsirrenanstalten zu bringen, während zu gleicher Zeit die Ueberführung solcher crimineller Irren (jedenfalls wenn sie sich störend erwiesen) nach der Anstalt Auburn möglich wurde, welche von nun an als Staatsirrenanstalt für geisteskranke Verbrecher bezeichnet und bald darauf vergrössert wurde. Durch weitere gesetzliche Bestimmungen (1884) konnten ausserdem irre Verbrecher, auch verbrecherische Irre, also Personen, deren Krankheit vor der Verurtheilung erkannt worden war, sogar solche, die vor der Verurtheilung geistig erkrankten, direkt oder indirekt aus den Irrenanstalten überführt werden, so dass die Anstalt zu Auburn nunmehr alle criminellen Irre, verurtheilte und nicht verurtheilte, aufnahm und die ersteren unter Umständen nach Ablauf der Strafzeit behielt. Auburn war aber bereits vorher schon überfüllt, und da Terrain zur weiteren Vergrösserung fehlte, so musste zur Errichtung einer neuen Anstalt geschritten werden, die aber erst i. J. 1886 beschlossen wurde. Es war dies das auf einem Landgut von 250 Acker errichtete Matteawan State Hospital im Kreise Dutchess, welches im April 1892 mit 261 Kranken eröffnet wurde. Bis dahin hatte das Auburn State Hospital dadurch eine Erleichterung, dass diejenigen irren Verbrecher, welche nach Ablauf ihrer Strafzeit geisteskrank blieben, an die Armenverwaltung der Kreise abgeschoben werden konnten.



Südwestliche Pavillons.

Eine Zeit lang reichte die Anstalt Matteawan, welche für 550 Kranke bestimmt war, aus, aber ihre Ueberfüllung war auch bald vorauszusehen und es ergab sich, da ein jährlicher Zuwachs von 59 zu constatiren war, dass für 1000—1200 criminelle Irre Plätze nöthig waren. So wurde denn 1896 der Bau einer zweiten Irrenanstalt für criminelle Irre beschlossen und in der Nähe der Strafanstalt Clinton begonnen, die Anstalt heisst „Dannemora Hospital for insane criminels". Zur Zeit des Berichts war dieselbe noch nicht fertig gestellt, ist aber unterdess wohl schon eröffnet worden. Die dem Bericht beigegebene Abbildung von Dannemora zeigt den Casernenstyl

ebenso wie zum grössten Theil die hier reproducirten Abbildungen von Matteawan; die wenigen Pavillons die auf denselben hervortreten, liegen dicht bei den anderen Gebäuden und scheinen mit denselben durch Zwischengänge verbunden zu sein. Sehr comfortabel im Vergleich mit deutschen Verhältnissen erscheint die innere Einrichtung, wie die Abbildung des Tagesraums für Frauen zeigt, welcher trotz seiner Grösse einen durchaus behaglichen Eindruck macht, ebenso wie die gemeinsamen grossen Speisesäle, wie sie bei amerikanischen Anstalten gebräuchlich sind.



Ansicht von vorn.

Ueber sonstige Einrichtungen ist leider dem Berichte nichts zu entnehmen, welches dafür durch eine eingehende Statistik entschädigt.

Am 1. Oktober 1899 waren im Bestand 666 M. 53 W. = 719, es wurden aufgenommen 152 M. 16 W. = 168, entlassen (13 als geheilt, 22 als gebessert, 60 als ungeheilt, 3 als nicht krank) 86 M. 12 W. = 98, es starben 34 M. 3 W. = 37, es blieben also am 30. Sept. 1900 698 M. 54 W. = 752, so dass die Anstalt mit 200 Kranken überlegt ist, (der durchschnittliche tägliche Bestand war 732), welche in eingeschobenen Betten auf Corridoren schlafen müssen. Dabei ist die Zahl der aus Strafanstalten überführten (135) auf die Klagen der Direktion über Ueberfüllung möglichst eingeschränkt worden, indem nur die störendsten und frischerkrankten Elemente überführt wurden. Nur aus dem Elmira Reformatog wurden mehr Verbrecher als in früheren Jahren geschickt; die Prüfung ergab, dass eine grosse Zahl derselben bereits vor der Verurtheilung anormal war: einige waren bereits vorher in Irrenanstalten, andere waren schwer belastet und geistesschwach. Zur Zeit beherbergt die Anstalt 120 Verbrecher aus Elmira. Aus den anderen Staats-Irrenanstalten sind überhaupt keine Aufnahmen erfolgt, im Gegentheil eine Reihe von Verbrechern, deren Strafzeit abgelaufen war, in dieselben zur Entlastung von Matteawan überführt worden. Es waren dies 53 M. 6 W. = 59, ausserdem wurden 5 M. in andere Staaten überwiesen, 7 M. 3 W. = 10 in Strafanstalten gebracht, 6 M. 1 W. = 7 dem Gerichte zur Aburtheilung zurückgegeben und 14 M. 2 W. = 16 in ihre Familien entlassen. Die Zahl der Genesungen betrug 1,77 % des täglichen Durchschnittsbestandes, und 1,46 % der überhaupt Behandelten. Von den 13 Genesenen wurden nur 5 zu ihren Angehörigen entlassen, die übrigen wurden Strafanstalten



oder den Kreisbehörden übergeben. Von den 22 gebessert Entlassenen wurden 12 nach Ablauf der Strafzeit zu ihren Angehörigen oder Bekannten entlassen, von den 60 ungebessert Entlassenen nur 3, die übrigen wurden in Strafanstalten oder in andere Irrenanstalten transferirt.

Die Insassen des Matteawan Hospital bestehen aus 3 Klassen: 1. „Courte cases", d. h. solche Kranken, die ein Verbrechen begangen haben, als geisteskrank befunden und auf Gerichtsbeschluss überführt worden sind, um nach eventueller Heilung abgeurtheilt zu werden; sie bilden etwa 36 % des Krankenbestandes (241 M. 28 W.). 2. Verbrecher, welche nach der Verurtheilung in den Strafanstalten geisteskrank geworden und in die Irrenanstalt geschickt worden sind, wo sie ihre Strafe weiter verbüssen, aber nach ev. Heilung in die Strafanstalt zurückgeschickt werden, um dort die Strafzeit zu beenden; auch diese bilden etwa 36 % des Bestandes (250 M. 13 W.). 3. Die Verbrecher, welche nicht geheilt sind und auch nach Ablauf der Strafzeit in der Anstalt verblieben sind, sie bilden 28 % des Bestandes (207 M. 8 W.). Die letzteren können zurückbehalten werden, bis sie harmlos und entlassungsfähig erscheinen, oder von der staatlichen Kommission für das Irrenwesen anderen Irrenanstalten zugetheilt werden, was aber selten vorkommt, mit Ausnahme des letzten Jahres, wo, wie gesagt, 59 ruhige Kranke transferirt wurden.

Die Sterblichkeit ist im Allgemeinen eine geringere wie in den anderen Irrenanstalten und nur im Berichtsjahre grösser als sonst und zwar infolge einer Pneumonie, welche 27 % der Todesfälle verursachte, während 24 % der Todesfälle durch Tuberkulose herbeigeführt wurden. Die Kosten betrugen pro Jahr und Kopf 183,84 Dollar.



Tagesraum für Frauen.

Seit Eröffnung der Anstalt Matteawan hat die jährliche Zunahme der Kranken 57 betragen. Nach der Eröffnung von Dannemora hofft man 100 Kranke abzuschieben, so dass immer noch beinahe 700 Kranke bleiben.

Seit 1859 (der Eröffnung von Auburn) sind 2453 Kranke (2317 M. 136 W.) aufgenommen worden und 1701 (1669 M. 82 W.) durch Entlassung oder Tod abgegangen.

Als Ursachen der Geistesstörung bei den Aufnahmen wurden angegeben in 266 Fällen Strafhaft, in 106 Fällen Erblichkeit, in 130 Fällen Trunksucht (davon 12 mit Erblichkeit), in 149 Fällen

Onanie (? Ref.), in 95 Fällen Imbecillität, in 97 Fällen Epilepsie, in 42 Fällen Kopfverletzungen, in 41 Fällen Syphilis (in 22 mit Trunksucht). 54 der Aufgenommenen wurden als nicht geisteskrank befunden. Was die Formen anbetrifft, so haben die Angaben bei den funktionellen Psychosen wegen der vagen Bezeichnung (456 akute Manie?, 230 chronische Manie, 226 akute Melancholie, 295 einfache Melancholie, 235 chronische Melancholie, 31 rekurrirende Manie, 101 primäre Demenz, 161 terminale Demenz) wenig Werth. Paranoia fehlt ganz unter den angegebenen Formen. Brauchbar sind nur die Zahlen bei den organischen Erkrankungen: Dementia paralytica 62 M. 2 W., Epilepsie 58 M. 5 W., Idiotie 2 M., Imbecillität 94 M. 5 W. Die Procentzahl der Heilungen schwankt in den einzelnen Jahren sehr, von 1,77 bis 12,37 %, die Zahl der Todesfälle von 1,01 % (1877) bis 8,90 % (1875).

An Tuberkulose starben 108 M. 2 W., an progressiver Paralyse 52 M. 2 W.

Erblich belastet waren von den seit 1888 Aufgenommenen 1325 M. 90 W., nicht belastet 214 M. 17 W., während über 993 M. 60 W. nichts zu ermitteln war.

Von den seit 1855 Aufgenommenen waren ledig 1625 M. 59 W., verwittwet 79 M. 20 W., verheirathet 580 M. 56 W., 285 M. 15 W. hatten keine Erziehung, 19 M. 2 W. höhere Schulbildung, 35 M. 6 W. akademische Bildung genossen. Unmässige Trinker waren 1085 M. 55 W., mässige Trinker 639 M. 16 W., Abstinenten 496 M. 57 W.

Zum 1. Mal waren 2117 M. 123 W. = 2246, zum 2. Mal 168 M. 7 W. = 175, zum 3. Mal 22 M., zum 4 Mal 10 M. aufgenommen. Es standen im Alter

von 10—20 J.	168	M.	9	W.	=	177,
20—30 „	1090	„	57	„	=	1147,
30—40 „	597	„	40	„	=	637,
40—50 „	282	„	17	„	=	299,
50—60 „	114	„	10	„	=	124,
60—70 „	41	„	3	„	=	44,
70—80 „	8	„	—	„	=	8,
80—90 „	2	„	—	„	=	2,
unbestimmt	15	„	—	„	=	15,
	2137	„	136	„	=	2453.

Zu lebenslänglichem Zuchthaus verurtheilt waren 107, zum Tode (aber begnadigt) 5, nicht verurtheilt 506.

Hoppe-Königsberg.

Mittheilungen.

— Sitzung des **Società freniatrica italiana** in Ancona vom 29. Sept. — 3. Oct. 1901. (Nach dem Bericht der rivista mensile di psichiatrica forense, antropologia criminale e scienze affini, anno IV, num. 10 — 11.) (Schluss.)

Tamburini: Ueber die Mittel, um die Ueberfüllung der Irrenanstalten und die Lasten der Fürsorgepflicht der Provinzen zu vermindern.

Im Jahre 1874 waren in Italien 11390 Kranke in 33 Irrenanstalten untergebracht, im J. 1898 dagegen 28364 Kranke in nur 43 Anstalten. Im Ganzen war im J. 1898 die zulässige Belegungsziffer um 5000 Köpfe (für einzelne Anstalten um 500—600) überschritten. Die jährlichen durch die Fürsorge für Geisteskranke entstehenden Kosten betrugen 1874 4 Millionen Lire, jetzt 15 Millionen.

Um ein weiteres Anwachsen der Verpflegungskosten und der Zahl der Kranken in den Anstalten zu verhindern, werden folgende Vorschläge gemacht:

Erlass des schon oft verlangten Gesetzes betr. die Irrenanstalten, das

a) die Aufnahme auf die Fälle beschränkt, die wirklich der Aufnahme bedürfen,
b) Erleichterungen in dem Entlassungsverfahren schafft, sodass es möglich ist, Kranke versuchsweise oder in eine andere Form der Behandlung zu entlassen,
c) die Mitwirkung der Behörden bei der Unterbringung Kranker genau festlegt, um ungerechtfertigte Aufnahmen zu verhindern.

Deshalb sollen wirkliche Irrenanstalten geschaffen werden, die nur frische, heilbare Fälle und nur in beschränkter Zahl aufnehmen. In Form von Ackerbaucolonien oder Arbeitshäusern sollen für chronisch Kranke Anstalten errichtet werden, in denen durch einfache, sparsame Lebensweise und Verwerthung der Erzeugnisse der Arbeit die Verwaltungskosten vermindert werden sollen. Die Provinzen sollen in gemeinsamem Vorgehen Asyle schaffen für besondere nicht der Verpflegung in der Irrenanstalt bedürftige Kranke, denen darin gleichzeitig Specialisierung in der Behandlung zu Theil werden kann. Solche Anstalten sollen erbaut werden für Epileptiker, für Alcoholisten, für Pellagröse, für Idioten und für Verbrecher. In allen diesen Instituten soll die Arbeit in möglichst ausgedehntem Maasse zur Anwendung kommen. Der Unthätigkeit sollen entrissen werden alle diejenigen, die sich aus Gewohnheit oder Widerstreben oder unbegründeter Scheu oder Scham von der Beschäftigung fernhalten, sie sollen durch ihre Arbeit zur Verringerung der Unterhaltungskosten beitragen. Die einzelnen Institute sollen je nach den örtlichen Verhältnissen besondere Arbeiten ausführen und dieselben mit den anderen gegen geringe Bezahlung austauschen.

Die Unterbringung von ungefährlichen, ruhigen Kranken in ihrer eigenen Familie mit staatlicher Unter-



stützung, ebenso in fremden Familien nach dem Muster von Gheel ist auszudehnen.

Schutzvereine für entlassene Geisteskranke sollen durch laufende Unterstützungen ein Rückfälligwerden solcher Kranken verhindern, die aus der Anstalt in schwierige Verhältnisse zurückkehren. Durch Wohlfahrtseinrichtungen anderer Art und die öffentliche Wohlthätigkeit sollen solche Verhältnisse gebessert werden, die bekanntermaassen die Entstehung von Geisteskrankheiten begünstigen.

Discussion: Felici hält es für erforderlich, dass der Staat die Verwaltung der Irrenanstalten übernimmt. Hierdurch würde der Uebelstand vermieden, dass eine an Geldmitteln arme, aber zahlreiche Kranke besitzende Provinz ausser Stande wäre, ihren Kranken die gleiche Behandlung angedeihen zu lassen wie andere Provinzen.

Morselli stimmt Felice zu, da die Geistesstörungen socialen Verhältnissen mit entspringen und deshalb die gesammte Gesellschaft ihre Bekämpfung unternehmen müsste.

Cristiani hat in der Anstalt zu Lucca die Familienpflege seit 2 Jahren mit gutem Erfolg angewendet.

Giacchi glaubt, dass die Ausführung der vom Vortragenden angegebenen Vorschläge die Anstalten nicht von den chronisch Kranken befreien wird. In Piemont hat die Familienpflege nicht durchgeführt werden können. Er schlägt vor, durch einfachere Beköstigung der chronisch Kranken eine Verminderung der Verpflegungskosten herbeizuführen.

Cappelleti weist darauf hin, dass die Familienpflege nach belgischem oder schottischem Muster zu beachtenswerthen Ergebnissen geführt hat und frei von Gefahren ist.

Bianchi will ebenfalls, dass ruhige Kranke an ihre Familien überwiesen werden. Die Beköstigungsfrage darf man nicht wie Giacchi vom administrativen, sondern vom wissenschaftlichen Standpunkt aus entscheiden. Dass in den meisten Anstalten nur eine gemeinsame Kost für alle Kranken verabfolgt wird, entspricht weder den Forderungen der Wissenschaft, noch denen der Praxis. Fleischkost vermehrt die Zahl der Anfälle der Epileptiker; ähnlich schädlich für sie wirkt der Wein. Bei Fleischkost verschlechtern sich in Folge von intestinalen Intoxicationen auch andere Geistesstörungen; hier ist Milchdiät angezeigt. Demente, die weder arbeiten, noch denken, noch sich bewegen und bei der gewöhnlichen Ernährung dick werden, dürfen nicht dieselbe Kost erhalten wie Kranke, die besondrer Pflege bedürfen oder wie arbeitende. Wenn die Beköstigung der chronisch Kranken so eingerichtet wird, dass sie stets nur die zur Ernährung erforderliche Zahl Calorien enthält, werden bedeutende Ersparnisse an den Verpflegungskosten erzielt und gleichzeitig die Forderungen der Wissenschaft erfüllt werden.

Agostini theilt mit, dass in der Anstalt zu Perugia für die verschiedenen Arten von Kranken verschiedene Formen der Beköstigung eingeführt sind.

Ventra hat die Familienpflege in Salerno nicht einführen können. Den Ausführungen von Bianchi betr. die Ernährungsweise stimmt er zu. Er ist ferner für möglichst ausgedehnte Beschäftigung der Kranken.

Tamburini erklärt im Schlusswort, dass in Frankreich die Irrenanstalten auf Staatskosten unterhalten werden. Die Hindernisse, die sich der Einführung der Familienpflege entgegenstellen, sind nicht unüberwindlich.

Braune (Schwetz).

Referate.

— Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Von Dr. G. Kolb, Bayreuth. Ca. 10—12 Lieferungen. Erste Lieferung; mit 12 Grundrissskizzen. Von Dr. G. Kolb, Bayreuth. Preis Mk. 3,—. Halle a. S. 1902. Verlag von Carl Marhold.

Es ist uns nicht bekannt, dass bisher ein ähnliches und annähernd umfangreiches Werk über den Irrenanstaltsbau irgendwo existirt hätte, wie der vorliegende Sammelatlas, und es muss der letztere geradezu als eine epochemachende Erscheinung auf diesem Gebiete der psychiatrischen Literatur bezeichnet werden. Dass das Werk auch einer dringenden Nothwendigkeit entspricht, muss Jeder zugeben, der erwägt, dass heutzutage bei der Vornahme eines Anstaltsbaues, ja bei der Einrichtung einer kleinen Irrenstation, die Betheiligten zuvor Orientirungsreisen an verschiedene Anstalten unternehmen müssen, weil eben jegliches literarische Hilfsmittel nach dieser Richtung hin bisher fehlte. Wo nach der Lage der Dinge eine solche Instruktionsreise unerlässlich, wird gleichwohl der Atlas nicht entbehrlich, sondern zur Vorbereitung darüber, was besonders ins Auge zu fassen ist, sehr nützlich sein.

Trotzdem wir gerade in Deutschland eine Reihe von Musteranstalten auch in baulicher Beziehung haben (und die Pläne dieser haben in dem Atlas ebenfalls Aufnahme gefunden), so wollen wir uns doch nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Grossen Ganzen in dieser Beziehung noch viel Systemlosigkeit herrscht und die Bauhygiene hinter dem Glauben, dass für kranke Menschenseelen Flickbauten zum Aufenthalt gerade gut genug sind, häufig verschämt zurückstehen muss. In diese rückständige alte Auffassung wird der Atlas sicher einen frischen Zug hineinbringen.

Die erste Lieferung hat uns ausserordentlich gefallen. Der Herausgeber, der offenbar für diese Seite unseres Faches eine hervorragende Neigung und Begabung besitzt, entwickelt seine Ansichten mit einer Klarheit und Bestimmtheit, die auf eingehendste, sorgfältigste Vorstudien schliessen und auf meisterhafte Zuendeführung des Werkes hoffen lässt.

Vollste Anerkennung gebührt auch der Verlagsbuchhandlung, die gewiss nicht ohne Gewärtigung grosser Opfer an die Uebernahme des Werks herangegangen ist.

Möge dasselbe den unglücklichen Irren zum Segen, dem Herausgeber und Verleger zum Ruhme gereichen.

(Auf die einzelnen Theile kommen wir später zurück.)

—r.

Druckfehler-Berichtigung.

In No. 49 der Psychiatrischen Wochenschrift, S. 484, rechte Spalte, Zeile 25 von oben, muss es heissen statt „antiseptischer" „antiluetischer".

Aus Neurologenkreisen ist ein so zahlreicher Zutritt zur Mitarbeiterschaft bei der „Psychiatrischen Wochenschrift" erfolgt, dass wir diesem erfreulichen Umstand durch Umwandlung des Titels in „Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift" vom 1. April 1902, dem neuen Jahrgang ab, am besten glauben Rechnung zu tragen.

Redaktion und Verlag der „Psychiatrischen Wochenschrift."

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 51. 15. März. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G.-B.

Nr. 12.

Von Direktor Dr. *Vorster*-Stephansfeld (Elsass).

Dem Ersuchen der verehrten Redaction dieser Zeitschrift nachkommend, erlaube ich mir, über die Fälle aus hiesiger Anstalt kurz zu berichten,*) bei denen seit dem Inkrafttreten des B. G. B. Gutachten gemäss § 1569 erstattet wurden. Dabei will ich nicht durch Wiedergabe der zum Theil umfangreichen Gutachten ermüden, sondern werde mich mit einer kurzen klinischen Skizzirung der Krankheitsbilder begnügen.

Im Ganzen kamen 7 Kranke zur Begutachtung, 5 Frauen und 2 Männer. Davon wurden in 5 Fällen, bei 4 Frauen und 1 Mann, die Vorbedingungen des § 1569 als gegeben erachtet, dagegen in 2 Fällen, bei 1 Mann und 1 Frau, nicht.

Es mögen zunächst die 5 im bejahenden Sinne abgegebenen Gutachten folgen.

No. 1. St. G., geb. 1875. Vater geisteskrank und Trinker. Heirath 1894. Beginn der Krankheit 1895. Pat. wurde erregt, äusserte Wahnideen und Sinnestäuschungen. Er hörte, dass seine Kameraden über ihn redeten, behauptete, seine Frau gäbe sich mit anderen ab, das Kind sei nicht von ihm, sein Schwiegervater habe ihn verhext. Nach einem Streit mit seiner Frau sprang er zum Fenster des dritten Stocks heraus; machte auch einmal den Versuch, seine Frau zu erwürgen. Im Dezember 1896 wurde er in die Anstalt Münsterlingen aufgenommen und von dort im Februar 1897 nach Stephansfeld überführt.

Bei seiner Aufnahme war er orientirt, zeigte ein gesteigertes, sehr selbstbewusstes Wesen, gefiel sich in hochfahrenden, pathetischen Reden, äusserte Wahnideen und Sinnestäuschungen. Er gab zu, dass er höre, wie seit einem Jahre über ihn geredet worden; fuhr dann fort: „Ich habe Macht über Alle — mir sind zu Weihnachten Fürstenkronen angetragen — ich habe sie stolz zurückgewiesen — erobern will ich sie mit eigener Macht. Ich will keine Ungelegenheiten in Europa stiften — ich hütete sämmtliche Kaiser und Kronen!" Oft waren seine Reden ganz unzusammenhängend und unverständlich. Häufig war sein Benehmen läppisch und albern, zeitweise auch gereizt und gewaltthätig.

Im Jahre 1898 und 99 traten mehrmals Erregungszustände mit sehr starkem Bewegungsdrange auf. Pat.

*) wofür an dieser Stelle dem Herrn Verf. bester Dank gesagt wird. Red.



sprang umher, grimassirte, gestikulirte und schwatzte unaufhörlich in verworrener, unzusammenhängender Weise. Seit Spätjahr 1899 ruhiges Verhalten. Pat. beschäftigt sich im Felde und in der Werkstatt in brauchbarer Weise.

Zur Zeit der Begutachtung (October 1900) macht St. bei oberflächlicher Unterhaltung nicht den Eindruck eines Geisteskranken. Er fasst gut auf, ist orientirt, sein Gedächtniss ist gut erhalten; er arbeitet brauchbar, dabei bestehen jedoch unverkennbare Zeichen geistiger Schwäche. Vor allem fällt seine gemüthliche Stumpfheit auf; für sein Weib und Kind hat er nicht das geringste Interesse. In seine Krankheit hat er nur eine sehr oberflächliche Einsicht. Er überschätzt sich und seine Leistungen, hält bei keiner Arbeit lange aus, will alles besser wissen, wie andere Leute; will nicht recht folgen, fühlt sich leicht zurückgesetzt und beleidigt und beklagt sich dann über die, welche ihm nur wohl wollen.

Als ihm mitgetheilt wird, seine Frau wolle sich von ihm scheiden lassen, findet er das ganz in der Ordnung und hat nichts dagegen einzuwenden.

Aus dem Vorstehenden ergiebt sich, dass St. seit dem Jahre 1895 geisteskrank ist. Die Form der Erkrankung ist als Dementia praecox zu bezeichnen, eine Krankheit, die durch das frühzeitige Auftreten von eigenartigem Schwachsinn gekennzeichnet ist. Zur Zeit befindet sich P. in einer sog. Remission; die stürmischen Zeichen sind zurückgetreten, die Symptome des geistigen Defects bestehen fort. Im günstigen Falle verharrt die Krankheit in diesem Stadium; dabei ist selbst bei günstigen äusseren Verhältnissen eine Entlassung nicht ausgeschlossen. Anderen Falls — und das ist mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erwarten — treten später, vielleicht erst nach mehreren Jahren, neue Aufregungszustände ein und führen einen weiteren geistigen Verfall herbei.

Selbst für den Fall, dass der Kranke im gegenwärtigen Zustande verharren und die Krankheit keine weiteren Fortschritte machen sollte, kann von dem Bestehen einer geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten nicht mehr die Rede sein. Der Kranke unterhält in keiner Weise mehr irgend welche geistigen Beziehungen zu seiner Familie und wird es bei seiner gemüthlichen Stumpfheit nicht als Härte empfinden, wenn die Ehe geschieden wird. Er hat ferner auch in keiner Weise das Bestreben, durch seine Arbeit die Interessen seiner Familie zu fördern.

Da eine Besserung dieses Defectzustandes bei seiner Dauer und seinem gleichmässigen Bestehen nicht mehr zu erwarten ist, so ist auch jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben.

Das Gericht erkannte auf Ehescheidung. Bald nachher wurde der Kranke aus der Anstalt entlassen, nachdem ein Onkel von ihm sich bereit erklärt hatte, sich seiner anzunehmen. Er überwarf sich jedoch bald mit diesem und schlägt sich seither mühsam selbständig durch. Wenn bei diesem Kranken auch noch eine gewisse geistige Leistungsfähigkeit bestand, die es ihm ermöglichte, draussen selbständig sein Brod zu verdienen, so konnte doch von einer geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten nicht mehr die Rede sein, da der Kranke bei seiner gemüthlichen Stumpfheit alles Gefühl für seine Familie und für die Pflichten seiner Familie gegenüber verloren hatte. Auch bei seiner Entlassung kümmerte er sich in keiner Weise um seine Frau und sein Kind.

Die Entlassung aus der Anstalt hat selbstverständlich mit den Vorbedingungen des § 1569 nichts zu thun.

Es wäre in diesem Falle auch eine grosse Härte gegen die arme und noch junge Frau des Kranken gewesen, wenn man sie durch Ablehnung der Ehescheidung gezwungen hätte, weiter mit ihrem defecten und sehr unverträglichen Manne zusammenzuleben, zumal da es bei der Krankheitsform nicht unwahrscheinlich war, dass der Zustand des Kranken sich in absehbarer Zeit wieder verschlimmern würde.

Die Frau wird man sehr wohl verstehen können, wenn sie erklärte, sie hätte an einem Kinde von dem kranken Manne genug und müsse sich genug plagen, um sich und das eine Kind durchzubringen.

Unter solchen Verhältnissen kann grade die beabsichtigte Entlassung eines Kranken es angezeigt erscheinen lassen, darauf aufmerksam zu machen, dass die Ehescheidung rathsam sei.

Einfacher liegen die 4 folgenden Fälle.

No. 2. Frau He., geb. 1855. Erblich nicht belastet. Heirath 1878. Beginn der Krankheit 1887. Die früher schon sehr religiös gesinnte Frau fing an sich noch mehr mit religiösen Dingen zu beschäftigen, beichtete alle 14 Tage, communicirte täglich, glaubte, sie stehe zu Gott in einem besonders nahen Verhältnisse, sie habe die Macht, die Menschen besser zu machen, könne die Kriege verhüten. Zeitweise, besonders bei Widerspruch, lebhaft erregt, äusserte zu ihrem Manne, sie wolle ihn schlachten und auf dem Scheiterhaufen verbrennen lassen.

Im April 1890 in Stephansfeld aufgenommen, befindet sich die Kranke seither hier. Sie äussert eine Menge Wahnideen und Sinnestäuschungen; früher seien ihre Arme und Beine wie todt gewesen, ihr Leib



wäre links durchgeschnitten gewesen. Jetzt sei alles besser, sie sei mit Gott ausgesöhnt. Gottes Stimme habe ihr des Nachts zugerufen: „Fürchte dich nicht!" Maria habe sie von oben gegrüsst, die Mutter Gottes sei ihr erschienen und habe mit ihr gesprochen. Die Auffassung und Orientirung ist dabei andauernd erhalten, die Stimmungslage eine gehobene, die Haltung selbstbewusst. Ihr Benehmen hat etwas absonderliches und geheimnissvolles. Durch allerhand Zeichen, indem sie den Finger an den Mund legt und in besonderer, lauter Weise hustet und sich räuspert, sucht sie den Sinn ihrer meistens abgerissenen, unvollendeten und unverständlichen Ausführungen zu ergänzen, indem sie in dem Glauben, die anderen wüssten ihre geheimen Gedanken, hinzufügt: „Nicht wahr, wir verstehen uns — es wird alles so kommen".

Um ihren Mann und ihre Kinder kümmert sie sich nicht. Bei Besuchen redet sie in ihrer verworrenen Weise auf den Mann ein und schimpft ihn, da er sie nicht verstehen kann. In der Anstaltsküche ist sie seit Jahren eine vorzügliche Hülfe. Jedoch ist Vorsicht geboten, da sie plötzlich einmal ein Küchenmädchen angriff und in den Kochkessel zu werfen versuchte. Als Grund gab sie an, eine andere Kranke, nicht jenes von ihr bedrohte Küchenmädchen, habe sie eine „verstohlene Hure" genannt.

Die Krankheit verläuft ohne wesentliche Aenderungen im Zustande der Kranken. Trotz der andauernden Verwirrtheit bleibt ihr Gedächtniss, ihre äussere Haltung, ihre Aufmerksamkeit und Arbeitskraft gut erhalten. Gemüthlich ist sie aber stumpf, will seit Jahren von Mann und Kindern nichts wissen. Als ihr mitgetheilt wird, ihr Mann wolle sich von ihr scheiden lassen, erwidert sie: „Was geht es mich an — er kann mich nicht bezahlen — thun Sie nur beten — jetzt auf einmal — ich thue doch nicht lügen".

No. 3. Frau Ho., geb. 1844. Keine Heredität. Heirath 1875. Beginn der Krankheit 1882 unter den Zeichen einer hallucinatorischen Erregung. Hörte, wie sie beschimpft wurde, wurde aufgeregt und schalt die Leute auf der Strasse. Glaubte, eine ganze Gruppe von Geschworenen verfolge sie, ihr Mann stelle anderen Frauen nach. Hatte Gesichtshallucinationen, sah Verwandte auf der Strasse, die sie besuchen wollten; Grössenideen, hielt sich für eine Gräfin Blum.

Seit dem Jahre 1882 wurde sie wiederholt in die Strassburger Klinik aufgenommen, und befindet sich seit dem October 1889 dauernd in Stephansfeld. Anfangs noch äusserlich geordnet, beschäftigte sich mit Hausarbeiten; aber meistens unzugänglich und abweisend. Aeusserte absurde Wahnideen, sie hätte Antheil an dem Thomasstift; seitdem die Protestanten sie geschlechtlich missbraucht hätten, hätte deren Religion zugenommen. Allmählich wurden die Aeusserungen immer verwirrter und unverständlicher, viele Wortneubildungen wurden vorgebracht. Die Kranke nahm ferner eigenthümliche Manieren an, machte mit den Händen andauernd reibende Bewegungen im Gesicht, so dass die Nase und der Mund ganz wund wurden, schwenkte ihr Kleid, als wenn sie es ausschütteln wollte und stiess dabei bellende Laute aus. Aus gelegentlichen Aeusserungen ging hervor, dass die Wahnideen und Sinnestäuschungen noch fortbestanden; sie sei die Kaiserliche Majestät, die anderen seien Menschenfresser; unten im Keller sässe eine wilde Frau, die wolle Brod haben.

Seit vielen Jahren völlig unzugänglich und ohne alle gesunden Interessen, verlangt nicht nach ihrem Manne oder ihrer Familie. Bei Besuchen völlig abweisend. Die Mittheilung, dass der Mann sich von ihr scheiden lassen wolle, macht nicht den geringsten Eindruck.

No. 4. Frau Kl., geb. 1849. Mutter und Bruder geisteskrank. Heirath 1868. 6 normale Geburten. Letzte Geburt im Januar 1878. 4 Wochen darnach der angebliche Beginn der Erkrankung. P. wurde Nachts unruhig, hatte Erscheinungen, sah Geister, glaubte, ihr Mann gäbe sich mit anderen Frauen ab und beschuldigte ihn aller möglichen Unthaten. Zunehmende Verwirrtheit. Stimmung anfangs mehr traurig, dann läppisch-heiter. Wurde unordentlich, schmutzig, sehr gefrässig, machte sich gern auf dem Abtritt zu schaffen. Ernährungszustand nahm sehr zu. Im August 1878 in Stephansfeld aufgenommen. Schon damals vorgeschrittene Verblödung. Beantwortet die Fragen mit albernem Gelächter, kann nicht ihr Alter, noch die Zahl ihrer Kinder angeben, weiss nicht, wo sie ist. Andauernd verwirrt, unzugänglich und ohne alle gesunde Regung, will von ihrem Mann und ihren Kindern nichts wissen. Singt oft stundenlang, führt gern obscöne Reden, entblösst sich. Häufig plötzlich auftretende Erregungszustände mit gewaltthätigen Handlungen gegen die Umgebung. Im Laufe ihres mehr als 20 jährigen Anstaltsaufenthaltes ausser der zunehmenden Verblödung keine wesentliche Aenderung des Krankheitsbildes.

No. 5. Frau Ha., geb. 1855. Schwester geisteskrank. Heirath 1877. Aus der Ehe 1 Kind. Beginn der Psychose 1887. Anfangs Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, ängstliche Verstimmung, dann vom Frühjahr 1888 ab stuporöses Verhalten; sprach wenig, gab nur kurze, abgebrochene Antworten. Aufnahme in die Strassburger Klinik. Hier wegen Nahrungsverweigerung Sondenfütterung nothwendig; zeitweise



unrein. Schliesslich völlig stumpf, sprach kein Wort mehr. Auch stellten sich eigenthümliche Schüttelbewegungen des Kopfes ein.

In diesem Zustande am 19. Nov. 1888 nach Stephansfeld überführt und seither, abgesehen von einer kurzen einmonatlichen Beurlaubung, dauernd in der Anstalt. Stets stumpfes, theilnahmloses Verhalten, starrer Gesichtsausdruck, flexibilitas cerea. Eigenthümliche stereotype Kopfbewegungen, indem sie ruckweise, unter kurzen Schüttelbewegungen, den Kopf bald nach der einen, bald nach der anderen Seite wendet. Stumm, unrein.

Dieser stuporöse Zustand wird selten durch plötzlich auftauchende und schnell vorübergehende Erregungszustände unterbrochen, in denen die Kranke gegen ihre Umgebung gewaltthätig wird.

Wichtige Vorgänge, wie Besuche der Angehörigen, auch der Entmündigungstermin machen nicht den geringsten Eindruck. Die Mittheilung, dass der Mann sich von ihr scheiden lassen will, geht spurlos an ihr vorüber.

Diese letzteren 4 Fälle geben m. E. zu besonderen Bedenken keinen Anlass. Darunter war in 2 Fällen die Ehescheidung für die gesunden Ehemänner und deren Familien eine grosse Wohlthat, da es ihnen so möglich wurde, ihre Haushälterinnen, mit denen sie bisher im Concubinat lebten und mehrere Kinder gezeugt hatten, zu ehelichen.

Die Geisteskrankheit hatte bei den vorstehend angeführten Kranken 6, 13, 14, 18 und 22 Jahre bestanden. Die Krankheitsform ist in allen 5 Fällen als Dementia praecox zu bezeichnen.

Es folgen jetzt 2 Fälle, in denen ich mich veranlasst sah, mein Gutachten in ablehnendem Sinne abzugeben.

No. 6. Kl. G., geb. 1843. Keine Heredität. Heirath 1871. Kinderlose Ehe. 1873 schwere Kopfverletzung. Beginn der Erkrankung 1880. Es trat bei ihm fast in jedem Jahre einmal ein manischer Erregungszustand auf, er wurde laut, schwatzte viel, trank viel und bekam Streit mit seiner Umgebung. Nach der Dauer von einigen Wochen erfolgte unter häuslicher Pflege Genesung. Seit dem Jahre 1892 wiederholt kürzere Zeit in Anstalten.

Seit 1896 dauernd in Stephansfeld. Im Laufe dieser Zeit sind hier wiederholt schwere manische Erregungszustände aufgetreten, die sich durch vorwiegend heitere Stimmungslage, durch gehobenes Selbstbewusstsein, Ideenflucht und Bewegungsdrang auszeichneten. Dauer des Anfalls schwankt zwischen $1/2$ bis $3/4$ Jahr. Auf die Erregungszustände folgt ein Stadium der Ruhe, indem der Kranke sich geordnet und verständig benimmt, fleissig arbeitet, gesunde Interessen zeigt und nach seiner Familie verlangt. Diese ruhigen Zeiten pflegen 2—3 Monate zu dauern und führten daher bisher noch zu keiner Entlassung, zumal da der Kranke selbst nicht drängte und seine Frau die Rückverbringung in die Anstalt scheute. In den letzten Jahren sind die Erregungen weniger heftig verlaufen, auch scheint die Dauer der ruhigen Zeiten sich zu verlängern.

Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten ist nur zur Zeit der Erregung des Kranken aufgehoben; in den ruhigen Zeiten sind die Voraussetzungen zu dem Bestehen einer solchen gegeben. Der Kranke verlangt dann auch seine Frau zu sehen, freut sich über ihren Besuch, bespricht mit ihr geschäftliche Verhältnisse. Der Kranke würde es als eine grosse Härte empfinden, wenn man ihm diese Gemeinschaft rauben würde.

Schliesslich ist es dem Krankheitsverlaufe nach auch nicht ausgeschlossen, dass eine weitere Besserung des Zustandes eintritt, so dass der Kranke noch einmal nach Hause entlassen werden kann. Dann würde die geistige Gemeinschaft nicht nur, wie zur Zeit, allein in Gefühlen und Vorstellungen zum Ausdruck kommen, sondern auch dadurch, dass Kl. thätlichen Antheil an der Förderung der Familieninteressen nehmen würde.

In Uebereinstimmung mit dem Gutachten gab das Gericht der Ehescheidungsklage keine Folge. Bemerkenswerth ist, dass die nicht schlecht situirte Ehefrau den Antrag auf Ehescheidung allein deshalb gestellt hatte, um finanzielle Vortheile für sich zu erzielen. Nachher, als aus der Ehescheidung nichts geworden war, war die geistesschwache Person auch damit ganz zufrieden. Bei ihrem hohen Alter konnte sie nicht mehr daran denken, eine andere Verbindung einzugehen.

No. 7. Frau Str., geb. 1855. Vater potator. Heirath 1882. Keine Kinder.

Beginn der ersten psychischen Erkrankung im Jahre 1878. Wurde nach einem Schrecken sehr ängstlich, verweigerte die Nahrung und suchte sich zu ertränken. Sie hatte Gesichtsillusionen, sah tanzende Männlein an der Zimmerdecke, äusserte sinnlose Wahnvorstellungen, sei aus Holz, habe kein Blut mehr, alles sei verändert. Im November 1878 wurde sie in die Strassburger Klinik aufgenommen.

Ihre Stimmung war sehr wechselnd, manchmal läppisch-heiter, dann aufgeregt, schreiend und tobend. Dabei Neigung zu allerhand Unfug, zerreissen, beschmutzen, sich zu zerkratzen, sich Haare abzureiben und zu masturbiren. Andauernd äusserte sie die



Idee, sie werde nicht mehr gesund, sei an allem schuld.

Im Juni 1879 wurde sie nach Stephansfeld überführt. Hier fragte sie mit einem dem Inhalte der Frage ganz widersprechenden, grinsenden Gesichtsausdruck anfangs unaufhörlich: „Komme ich hier ins Todtenhäusel? Nicht wahr, beim Baden muss man ersticken? Bekomme ich auch einen Todtenbaum, wenn ich sterbe? Komme ich nicht mehr zu meiner Mutter?“ Sie beschuldigt sich, sie habe den Tod einer Mitkranken dadurch herbeigeführt, dass sie in den vor deren Zimmer stehenden Nachtstuhl urinirt habe. Läuft unstät umher, bringt immer dieselben Aeusserungen in monotoner Weise vor, sie habe nicht an Gott geglaubt, werde nicht mehr anders. Gelegentlich ohne allen Grund gewaltthätig. Ende 79 mehr natürliches Verhalten und im Januar 1880 als genesen entlassen.

Nachdem sich die Kranke dann 2 Jahre später verheirathet hat und in 14jähriger Ehe gesund geblieben ist, erkrankt sie von Neuem im Herbst 1896. Sie wird ängstlich, macht einen Suicidversuch, reisst sich die Haare aus, läuft jammernd umher und wird im Dezember 1896 in Stephansfeld aufgenommen. Hier bietet sie offenbar ein ähnliches Krankheitsbild wie bei der ersten Aufnahme. Sie macht ein eigenthümlich grinsendes Gesicht, zeigt eine starre Körperhaltung und bringt in monotoner Weise allerlei Klagen vor; sie habe Gott gelästert, darum sei die ganze Welt unter Wasser — die Stadt Jerusalem unter Wasser — sie habe nicht an Gott geglaubt, bekomme daher keinen Sarg; sie habe sich die Haare ausgerissen, hätte das nicht thun sollen. Sie sei schuld daran, dass der Kaiser Friedrich gestorben sei. Der Teufel habe alle Bettstellen geholt, jetzt gäbe es keine Bettstellen mehr auf der Welt.

Zeitweise läppisch-heiter, will mit dem Arzt tanzen. Sexuell sehr erregt, onanirt; verbigerirt.

Im Laufe der Jahre producirt die Pat. immer weniger, giebt ganz sinnlose Antworten, sie sei 100 Jahre alt, sei im 70er Kriege geboren, ist zu keiner Beschäftigung fähig und ist oft unsauber. Trotz ihres blödsinnigen Gefasels erweist sie sich zeitweise wieder besser orientirt, wie es dem äusseren Anschein nach zu erwarten sein sollte. Dabei besteht andauernd der eigenthümlich grinsende, verzerrte Gesichtsausdruck und eine steife Haltung des Körpers.

Als ihr mitgetheilt wird, ihr Mann wolle sich von ihr scheiden lassen, fasst sie zweifellos den Sinn dieser Frage auf, ist anscheinend damit einverstanden, bringt dann ihre stereotype Frage vor: „Komme ich bald nach Hause?“ und kümmert sich anscheinend nicht weiter um diese Angelegenheit.

Offenbar hat die Geisteskrankheit einen solchen Grad erreicht, dass eine geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten zur Zeit völlig ausgeschlossen ist.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob auch jede Aussicht auf Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Eine Heilung ist gewiss nicht mehr zu erwarten. Bedenken wir aber, dass die Kranke von ihrem 23.—25. Jahre offenbar an der gleichen Krankheitsform gelitten hat und dass sie von der damaligen Krankheit genesen ist und sich später verheirathen konnte; bedenken wir ferner, dass zur Zeit bei der Kranken neben einzelnen intellectuellen Leistungen noch bestimmte Spannungserscheinungen bestehen, dieser zwangsmässig verzerrte Gesichtsausdruck und die Starre der Körperhaltung, Erscheinungen, die darauf hinweisen, dass noch nicht alles erloschen und eine gewisse Besserung noch möglich ist, so mahnt uns dies zur grössten Vorsicht, zumal da bei dieser Krankheitsform, der Katatonie, auch nach mehrjährigem Bestehen weitgehende Besserungen nicht selten sind. M. E. ist daher die Frage, ob jede Aussicht auf Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft ausgeschlossen sei, zu verneinen.

In den beiden letzten Fällen schien mir weitgehende Vorsicht geboten. Sowie aus dem Verlaufe der Krankheit oder dem Zustande des Kranken irgend welche Zeichen darauf hinweisen, dass eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft nicht ganz aussichtslos ist, dürfen die Vorbedingungen des § 1569 nicht bejaht werden.

Die gerichtlichen Entscheidungen schlossen sich in allen 7 Fällen unsern Gutachten an.



Mittheilungen.

— **Halle.** Der in der letzten Februar-Woche in Merseburg tagende Landtag der Provinz Sachsen hat eine Anzahl auch über die Provinz und den Staat hinaus interessirender Beschlüsse betreffs der praktischen Irrenfürsorge gefasst. Zunächst wird die Bezeichnung Provinzial-Irrenanstalt für Altscherbitz und Nietleben in Fortfall kommen; dieselben heissen nunmehr auch Landes-Heil- und Pflegeanstalten, welche Bezeichnung bisher nur Uchtspringe führte. Die Provinz Sachsen hat demnach jetzt 3 Landes-Heil-und Pflegeanstalten, Altscherbitz, Nietleben, Uchtspringe und vorläufig ein Landesasyl Jerichow. Für die 3 erstgenannten Anstalten ist ein einheitliches Reglement eingeführt, das sich in der Hauptsache an das bisherige Uchtspringer, als das zuletzt entstandene und der neueren Gesetzgebung am meisten Rechnung tragende anlehnt. Durch das neue Reglement ist die Bezeichnung Wärter, Wärterin, Wartepersonal beseitigt und dafür Pfleger, Pflegerin etc. allgemein eingeführt. In Bezug auf das Aerztepersonal werden unterschieden: Oberärzte, ordentliche Aerzte, Assistenzärzte und Volontärärzte. Während nach dem bisherigen Reglement nur der Direktor auf Lebenszeit, alle übrigen Aerzte „lediglich auf Kündigung" angestellt werden sollten — eine Ausnahme bestand allerdings schon insofern, als an 2 Anstalten dem dienstältesten Oberarzt gleichwohl lebenslängliche Anstellung nachträglich zuerkannt war — werden jetzt „die Oberärzte auf Lebenszeit angestellt". Auch besagt das Reglement, dass den ordentlichen Aerzten nach fünfjähriger Gesammtthätigkeit im Dienste der Provinz, sofern nicht besondere Gründe entgegenstehen, durch den Provinzial-Ausschuss die Anstellung auf Lebenszeit gewährt werden kann, wobei auswärtige Dienstzeiten in Anrechnung kommen können. Es ist auf die Weise angestrebt, die Hälfte aller Irrenärzte — die Directoren nicht einberechnet — auf Lebenszeit anzustellen mit den Bezügen für Verheirathete, mit geregeltem Grundgehalt und Endgehalt, das in 12 Jahren erreicht wird. So sind bei der Anstalt Uchtspringe 3 Oberärzte und 2 ordentliche Arztstellen geschaffen, sodass daselbst ausser dem Direktor 5 Aerzte eine gesicherte, feste Lebensstellung haben. Diese Beschlüsse des Landtags der Provinz Sachsen bedeuten einen gewaltigen Fortschritt zur Beseitgung des Uebelstandes der Aerztenot in der praktischen Psychiatrie und bekunden, dass die Provinz Sachsen auch in dem neuen Jahrhundert in Bezug auf zeitgemässe Ausgestaltung der Irrenfürsorge den Hebel an der rechten Stelle ansetzt. Hoffentlich werden auch, soweit ähnliches noch nicht geschehen ist, andere Provinzen und Staaten — die sonst so fortgeschrittene, aber in diesem Punkt **recht rückständige Reichshauptstadt** nicht ausgeschlossen — dem Beispiele der Provinz Sachsen folgen und es kann, dafern auch die Gehaltsstufen richtig bemessen werden, die Zeit anbrechen, dass wieder junge geeignete Aerzte in genügender Zahl sich diesem schweren Beruf dauernd widmen. Und das thut wahrlich noth.

— In Münster tagt zur Zeit der 43. westfälische Landtag, der sich eingehend mit der Frage der zweckmässigsten Beschaffung neuer Anstaltsplätze zu befassen hat. Im Jahre 1900 mussten mangels verfügbarer Plätze 331 Geisteskranke in Westfalen von der Aufnahme zurückgewiesen werden — ein Zustand, der vom humanitären wie vom gesetzlichen Standpunkt aus als unhaltbar bezeichnet werden muss. Um diesem Übel radikal abzuhelfen, sollen nach der Vorlage des Provinzial-Ausschusses nicht unbeträchtliche Erweiterungsbauten bei den Anstalten in Marsberg und Aplerbeck ausgeführt, überdies eine neue, also fünfte westfälische Provinzialirrenanstalt errichtet werden. Nach der Vorlage soll diese im Pavillonsystem ausgeführt, und dem steigenden Bedürfniss entsprechend nach und nach zu einer Gesamtbelegstärke von 1400 Betten ausgebaut werden. Diese Anstalt soll — und das ist in Westfalen eine Neuerung — paritätischen Charakter haben, überdies nur Kranke einer Klasse umfassen. Bis zum Jahre 1906 sollen 700 Plätze belegbar sein bei einem Kostensatz von 4500 Mk. pro Bett. Man geht von der Ansicht aus, die Kosten verbilligen sich auf 4000 Mk. pro Bett, wenn die Anstalt zu 1400 ausgebaut werde. Der Provinzial-Ausschuss schlägt vor, die Errichtung einer neuen Prov.-Irrenanstalt zu beschliessen und eine Kommission, bestehend aus je 4 Mitgliedern des Provinziallandtages und Provinzialausschusses zu wählen mit dem Auftrage, die Vorschläge des Landeshauptmannes zu prüfen, den allgemeinen Plan festzusetzen und die vorbereitenden Schritte anzuordnen.

Erfreulicher Weise fand die Vorlage ungetheilte Zustimmung insofern, als die Schaffung ausreichender Plätze durch Neubauten allgemein als nothwendig anerkannt wurde. Nur darin gingen die Meinungen auseinander, ob es nicht zweckmässiger sei statt einer grossen Anstalt zu 1400 zwei zu 700 Betten zu errichten. Die Motivierung dieser vom psychiatrischen Standpunkt aus durchaus zu billigenden, ja einzig richtigen Forderung ging in der Hauptsache nur davon aus, dass auf die Weise zwei konfessionelle statt einer paritätischen geschaffen würden. Man stiess sich sehr an den Gedanken, auch Westfalen werde demnächst eine paritätische Anstalt haben. Vom irrenärztlichen Standpunkte ist jedenfalls gegen eine paritätische Anstalt auch nicht das geringste einzuwenden, wenngleich die in der Debatte vielfach betonte und auch anderswo beobachtete Thatsache nicht wegzuleugnen ist, dass das Ordenspflegepersonal, namentlich das katholische, ganz erhebliche Verbilligung des Betriebes bedingt. An einer paritätischen Anstalt würde aber Ordenspersonal nicht angestellt werden.

Eine solche Riesenanstalt ist nach — meines Wissens von Alt in der Herbstsitzung 1896 des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens bekannt gegebenen — sorgfältig angestellten, durch eine Umfrage bei allen Direktoren ergänzten Untersuchungen weder in der erstmaligen Anlage noch im Betrieb billiger als 2 zusammen gleich grosse Anstalten von 700 Betten. Jene ganze Versammlung stimmte der Alt'schen These darin bei, dass „eine Belegstärke von 500—600 Betten als die zweckmässigste für gemischte Provinzialanstalten sei, die



Zahl von 800 Betten die eben noch zulässige oberste Beleggrenze darstelle." Zu ganz ähnlichem Ergebnis kam Werner vor 2 Jahren in einem im Verein der deutschen Irrenärzte zu Halle gehaltenen Vortrag.

Mit 4000 Mark pro Bett lässt sich eine nur für eine Klasse bestimmte Anstalt von 700 Betten zeitgemäss und hübsch herstellen. Man frage doch einmal bei der Provinz Hannover an, ob denn thatsächlich die sehr gross gedachte neue Anstalt Lüneburg so billig gebaut ist und so billig wirthschaftet wie man erhoffte.

Der Herr Landeshauptmann hat von den zehnjährigen günstigen Erfahrungen einer über 1000 Köpfe grossen Anstalt bei Leipzig gesprochen. Gemeint kann doch nur Dösen sein, das noch nicht lange eröffnet, seiner ganzen Zusammensetzung nach nicht als reine Irrenanstalt aufzufassen ist und überdies kaum den Beweis besonderer Billigkeit liefern dürfte. Es sei der westfälischen Provinzialverwaltung der wärmste Dank ausgesprochen für das neuerdings so rührige und hochherzige Eintreten zur Verbesserung des Looses der Irren, aber sie möge auch nicht ausser Acht lassen die warnenden Rufe berufenster Männer, welche sich nachdrücklichst gegen solche Riesenanstalten ausgesprochen haben. l—.

— Eine neue, erfolgreiche Behandlung der Epilepsie hat Prof. Dr. Ceni am Psychiatrischen Institut von Reggio nell' Emilia in Italien entdeckt. Die neue Methode bezweckt nicht nur eine Linderung und Einschränkung der konvulsiven Anfälle Epileptischer, sondern fasst das Uebel bei der Wurzel an und sucht nicht die Wirkung abzuschwächen, sondern die Ursache aufzuheben. Diese Ursache nun besteht in der endogenen Vergiftung des Organismus. Dass das Blut Epileptischer toxische Eigenschaften besitzt, ist längst bekannt. Was den Ausgangspunkt der Ceni'schen Methode bildet, ist auch nicht diese Thatsache, sondern vielmehr die Beobachtung, dass jeder Epileptiker ausser dem specifischen Gifte noch einen anderen den Stoffwechsel anregenden Stoff in sich trägt, der imstande ist, die Wirkung des Giftes zu paralysiren. Nur befindet sich dieser Stoff nicht in freiem Zustande in den Blutgefässen, sondern in gebundenem, so dass er inaktiv bleibt. Erst wenn das Blut Epileptischer den Adern entnommen ist und mit der Luft in Berührung kommt, löst sich der antiepileptische Stoff von den Elementen, die ihn gebunden hielten, los und kann nun seine heilende Kraft ausüben. Diese zu ermöglichen, bedient sich Prof. Ceni der Serumtherapie, indem er dem Kranken in verschiedenen, nach besonderem Kriterium bestimmten Zeiträumen Dosen vom Blute anderer Epileptiker injicirt. In 10 sehr schweren Fällen erzielte Prof. Ceni bei 8 Individuen bemerkenswerthe Besserung und bei 3 von diesen vollständige Heilung. Ceni's Methode verdient schon darum ernster genommen zu werden als so manche andere, voreilig publizirte Heilverfahren, weil der Gelehrte seine Methode erst an die Oeffentlichkeit brachte, nachdem die günstigen Resultate zwei Jahre hindurch konsequent geblieben waren. Prof. Ceni war während eines kurzen Aufenthaltes in Halle Assistent des Herrn Geheimraths Professor Dr. Hitzig.

— In der **Irrenpflege der Provinz Brandenburg** macht sich in den letzten Jahren ein **bedauerlicher Mangel an Assistenzärzten** geltend. Diese Frage beschäftigte bereits die letzte Conferenz der Landesdirectoren in Posen. Dabei stellte sich, wie der Provinzialausschuss nach den Mittheilungen des Directors der Landesirrenanstalt, Sanitätsrath Dr. Gock, berichtet, heraus, dass sich auch in allen anderen Provinzen ein Mangel an geeigneten Bewerbern um Assistenzarztstellen mehr oder weniger stark fühlbar macht. In Brandenburg ist die Zahl der Bewerbungen bei den Landesirrenanstalten im Laufe der letzten 6 bis 8 Jahre ganz erheblich zurückgegangen, von 20 und mehr auf höchstens 2 bis 3, in Eberswalde wegen der grösseren Nähe von Berlin 6 bis 8. Dabei erwiesen sich unter diesen wenigen Bewerbern noch dazu nur äusserst wenige als geeignet, so dass eine Auswahl überhaupt nicht mehr möglich war. Die Ursache liegt zunächst darin, dass die Aerzte jetzt, wo an allen Universitäten psychiatrische Kliniken bestehen und die Psychiatrie Prüfungsgegenstand für die Approbation geworden ist, glauben, schon auf der Universität genügende Ausbildung erlangt zu haben, während sie früher durch ein- bis zweijährigen Aufenthalt an einer Irrenanstalt sich die entsprechenden Kenntnisse zu verschaffen suchten. Dass aber die Zahl der Aerzte, die sich der Irrenheilkunde als Beruf widmen, erheblich abgenommen hat, beruht hauptsächlich, wie nach Sanitätsrath Dr. Gock im Provinzialbericht weiter ausgeführt wird, in der zu Beginn der neunziger Jahre ins Werk gesetzten Verhetzung gegen die Irrenärzte. Mit ebenso viel Leidenschaft als Mangel an Sachkenntniss sind in der Oeffentlichkeit Angriffe gegen die Irrenärzte gerichtet worden, die diesen Beruf gleichsam als ein unehrliches Gewerbe hinstellten. Ferner haben die bedauerlichen Mariaberger Vorgänge bei der urtheilslosen Menge unter Verallgemeinerung der dort erwiesenen Missstände die unglaublichsten Verdächtigungen gegen die Irrenärzte im Ganzen zur Folge gehabt. Ebenso wurde das Misstrauen gegen die Irrenärzte bei verschiedenen Verhandlungen im Abgeordnetenhause und im Reichstage genährt, bis Graf Posadowsky für sie in dankenswerther und die Irrenärzte in hohem Masse ehrender Weise eintrat. Ferner kommt in Betracht, dass die Zahl der Irrenanstalten und der Arztstellen an ihnen sich im ganzen Reiche erheblich vermehrt hat. Ausserdem werden von der Militärverwaltung grosse Anstrengungen gemacht, Aerzte zum Eintritt in die militärärztliche Laufbahn zu veranlassen. Ausser den erheblich verbesserten Besoldungs- und Beförderungsverhältnissen ist für die Aerzte besonders verlockend, dass die Militärverwaltung beim Uebertritt 1500 Mk. Studiengelder ersetzt, nicht zu übersehen ist, dass die verbesserte Stellung der Kreisärzte diejenigen Aerzte, welche das Kreisarzt-Examen bestanden haben, zum Eintritt in die staatsärztliche Laufbahn veranlasst. Ferner nehmen die seit einer Reihe von Jahren entstandenen und im Aufblühen begriffenen Sanatorien und Heilstätten der verschiedensten Art eine grössere Anzahl Aerzte in Anspruch. Als eine der wich-



tigsten Ursachen wurde bei der Umfrage an Irrenanstalten Preussens die geringe Besoldung im Vergleich zu anderen ärztlichen Berufszweigen und die durchaus ungünstigen und unsicheren Aussichten zur Erlangung einer Lebensstellung hervorgehoben. Dazu kommt endlich der Mangel an geistiger Anregung und sonstigen Annehmlichkeiten des Lebens bei den Anstalten, die in kleineren Städten oder ganz einsam, fern vom Verkehr liegen. Um dem immer fühlbarer werdenden Mangel an Aerzten abzuhelfen, will daher nach dem Vorgange anderer Provinzen jetzt auch Brandenburg die Gehaltsverhältnisse der Assistenzärzte verbessern und dabei auch zugleich eine Aufbesserung der materiellen Lage des Wartpersonals vornehmen.

Das Diensteinkommen der Aerzte und Wärter an den Landesirren- und Pflegeanstalten soll wie folgt geregelt werden:

I. Aerzte:

1. Für die Assistenzärzte wird, vorbehaltlich der Festsetzung eines höheren Besoldungsdienstalters durch den Landesdirektor, ein Anfangsgehalt von 1800 Mk. steigend zwei Mal nach je einem Jahre um 100 Mk. und nach je zwei weiteren Jahren um 200 Mk. bewilligt; 2. An Dienstalterszulagen erhalten die Anstaltsärzte drei Mal 400 Mk. und das letzte Mal 300 Mk. 3. So lange eine Anstaltsarztstelle nicht als solche besetzt wtrd, gilt sie als eine Assistenzarztstelle.

II. Wärter:

1. Wärter, welche verheirathet sind oder als Wittwer für ihre Kinder unter 15 Jahren zu sorgen haben, erhalten bei Führung eines eigenen Hausstandes auf die Dauer dieser Voraussetzungen, jedoch nicht vor Ablauf einer tadellosen einjährigen Dienstzeit an einer Brandenburgischen Provinzialanstalt eine Familienzulage, welche innerhalb der ersten drei Jahre 120 Mk., innerhalb der zweiten 150 Mk. und vom siebenten Jahre ab 180 Mk. jährlich beträgt. Zur Anstellung derartiger Wärter bezw. zur Ertheilung der Heirathserlaubniss mit dem Recht auf diese Zulagen ist in den Grenzen der jeweiligen Etatsfestsetzungen der Anstaltsdirector bis zu einem Drittel der Wärter seiner Anstalt ohne Weiteres, darüber hinaus nur mit (vorheriger) Einwilligung des Landesdirectors zuständig. 2. Für die verantwortungsreicheren und aufreibenderen Wärterstellen (Stationswärter, Werkstättenvorsteher u. dergl.) werden Functionszulagen von je 60 Mk. jährlich nach Massgabe des Etats durch Entschädigung des Anstaltsdirectors gewährt. 3. Das Gesammtgehalt der Wärter einer Anstalt wird in der Weise unter entsprechender Anwendung der bei Nr. 7 der Besoldungsgrundsätze vom 20. Februar 1898 getroffenen Bestimmung berechnet, dass für je einen Wärter im ersten Dienstjahre 400 Mk., vom zweiten bis vierten Dienstjahre 500 Mk., vom fünften bis siebenten 580 Mk., vom achten bis zehnten 660 Mk. und darüber hinaus 740 Mk.; mindestens aber ein Durchschnittsgehalt von 540 Mk. für jeden Wärter eingestellt werden. Innerhalb des sich darnach jeweilig ergebenden Gesammtgehalts, ist der Anstaltsdirector in der Festsetzung des Gehalts für jeden Wärter bis zum Betrage des Höchstsatzes nicht beschränkt (Brandenb. Anzeiger.)

— 26. **Provinziallandtag der Provinz Ostpreussen.** Aufnahme etc. von Geisteskranken. Der Provinzialausschuss beantragt, 1. den Entwurf des Reglements für die Unterbringung der unter das Gesetz vom 11. Juni 1891 fallenden Geisteskranken zu beschliessen, 2. den Entwurf des neuen Reglements für die Ostpreussischen Provinzialirrenheil- und Pflegeanstalten zu Allenberg und Kortau zu genehmigen, 3. zu dem Reglement für die Pflegeanstalt für geisteskranke Männer zu Tapiau einzelne Zusätze zu beschliessen; 4. desgleichen einige Aenderungen zu dem Reglement zur Ausführung des Artikels I § 31b des Gesetzes vom 11. Juni 1891, und 5. den Provinzialausschuss zu ermächtigen, die von den Ministern etwa geforderten oder sonst nothwendigen unwesentlichen Abänderungen selbständig vorzunehmen.

Der Antrag wird angenommen.

— Für den diesjährigen **Juristentag,** welcher sich auch mit der Reform des Strafgesetzbuchs beschäftigen wird, hat der Strafrechtslehrer Prof. von Liszt-Berlin u. A. folgende These aufgestellt:

Gemeingefährliche Verbrecher, die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen oder wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit zu milderer Strafe verurtheilt worden, sind, und zwar erstere sofort, letztere nach Verbüssung der Strafe, durch die Strafrichter in Heil- oder Pflegeanstalten zu verweisen.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Prof. Dr. A. Adamkiewicz, die Grosshirnrinde als Organ der Seele. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1902. 75 S.

Dr. Otfried Förster, die Physiologie und Pathologie der Coordination. Jena 1902. G. Fischer.

Prof. Dr. Sommer, Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Berlin und Wien 1902. Urban und Schwarzenberg.

Personalnachrichten.

(Um Mittheilung von Personalnachrichten etc an die Redaktion wird gebeten.)

— Schleswig, den 9. März. Heute Morgen starb hier der Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Sanitätsrath Dr. Peter Hansen an den Folgen einer Blinddarmentzündung. Eine von dem Geheimen Sanitätsrath Dr. Neuber aus Kiel am Sonnabend vorgenommene Operation blieb wegen der zu weit vorgeschrittenen Eiterung erfolglos. Hansen erreichte ein Alter von 61 Jahren und hinterlässt eine Wittwe und zwei erwachsene Kinder.

— Wien. Der Kaiser hat dem ordentlichen Professor der Psychiatrie und Neuropathologie an der Universität in Wien, Hofrath Dr. Richard Freiherr v. Krafft-Ebing anlässlich der erbetenen Uebernahme in den bleibenden Ruhestand das Comthurkreuz des Franz Josef-Ordens verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). **Prof. Dr. G. Anton,** Graz. **Prof. Dr. A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. **Prof. Dr. E. Mendel,** Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 52. 22. März. **1902.**

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten.

Von *Hoppe*-Königsberg.

Ueber meine Stellung zur Frage der Alkoholverabreichung in Irrenanstalten habe ich mich bereits auf der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Hannover 1897 in einem Vortrage geäussert, der späterhin in extenso im Neurologischen Centralblatt (1898, Nr. 23) erschienen ist. Ich würde es auch nicht für nöthig gehalten haben, meinen Standpunkt noch einmal zu präcisiren und zu begründen, wenn nicht der vor kurzem in dieser Wochenschrift (Nr. 34, 16. Nov. 1901) erschienene Vortrag von Dr. Heinrich Schlöss: „Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten" und die sich daran knüpfende Diskussion (s. diese Wochenschrift Nr. 33) einzelne Ansichten zu Tage gefördert hätte, welche mir der Berichtigung dringend bedürftig erscheinen.

Zunächst halte ich es für durchaus falsch, die Frage der medicamentösen Verabreichung des Alkohols mit der der Zulässigkeit des Alkohols als Genussmittel zu verquicken.

Es sind dies zwei Fragen, welche nicht das geringste mit einander zu thun haben. Der Alkohol k a n n ein sehr gutes Arzneimittel und doch als Genussmittel durchaus verwerflich sein. Ich brauche ja nur an das Morphium oder das Opium zu erinnern, deren Verwendung als Genussmittel doch sicher kein Arzt befürworten wird, trotzdem sie unentbehrliche Requisiten in dem Arzneischatz unserer Apotheken bilden. Es würde uns auch sonderbar vorkommen, wenn ein Arzt in Indien oder China bei der etwaigen Besprechung der Frage des Opiumrauchens in Irrenanstalten die arzneilichen Eigenschaften des Opiums rühmend hervorheben würde.

Man sollte also künftighin bei der Diskussion über die Alkoholfrage in Irrenanstalten, die wohl noch längere Zeit die Irrenärzte beschäftigen wird, die arzneiliche Verwendung des Alkohols als einen unnützen und verwirrenden Ballast grundsätzlich bei Seite lassen. Ich will deshalb auch hier auf eine Widerlegung der Ansichten von Schlöss über die therapeutische Anwendung des Alkohols, die ja z. Th. schon in der Diskussion zu dem Vortrage erfolgt ist, nicht näher eingehen, zumal das vor kurzem erschienene Werk von Georg Rosenfeld in Breslau: Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus (Wiesbaden 1901) die gründlichste Widerlegung bietet.*)

*) Nur was Schlöss von den nährenden Eigenschaften des Alkohols sagt, fordert allzusehr die Kritik heraus, um es hier un-



Wenn Schlöss bei der Verwendung des Alkohols als Genussmittel einen schädlichen Einfluss mässigen Alkoholgenusses auf Epileptiker (denen er bis zu 1 l — oder 30 — 40 gr abs. Alkohol — täglich verabreichte!) und deren Krankheitsverlauf nicht bemerkt hat, so stehen dem gegenüber die Beobachtungen der meisten Autoren, welche gerade die Intoleranz der Epileptiker gegen selbst geringe Alkoholmengen hervorheben. Es ist ja nicht nur die Anzahl der Anfälle, welche dabei in Betracht kommt, sondern der gesammte Zustand muss in Erwägung gezogen werden. Und da will ich bloss Kräpelin citiren, welcher sich in seinem Lehrbuche folgendermaassen ausspricht: „Von ganz besonderer Wichtigkeit ist die dauernde und vollständige Enthaltsamkeit gegenüber dem Alkohol auch in jenen Fällen, in denen es sich nicht um eine eigentliche Alkoholepilepsie handelt. Jeder Epileptiker ist in höherem oder geringerem Grade intolerant gegen Alkohol und ist, wie ich glauben muss, dazu disponirt, durch denselben in schwerere geistige Störung zu verfallen, sich selbst und Anderen in höherem Grade gefährlich zu werden". Ich glaube, dass man dies vollständig unterschreiben kann. Solche Erfahrungen haben auch dazu geführt, dass in den deutschen ärztlich geleiteten Epileptikeranstalten (Wuhlgarten, Uchtspringe) der Alkohol als Genussmittel verbannt worden ist und zwar mit dem besten Erfolge. „Es zeigten sich auch hier" (so heisst es im Jahresbericht der Anstalt Wuhlgarten 1896) „die wohlthätigen Wirkungen der gänzlichen Enthaltung".

Neuerdings hat noch Kölle-Pfullingen in einem Aufsatz: „Ueber Alkoholgenuss bei Schwachsinnigen und Epileptischen" (Ztschr. f. Beh. Schwachsinniger und Epil., Jahrg. XVI, 1900) die unheilvollen Wirkungen des Alkohols auf Epileptiker an drastischen Beispielen illustrirt und ausgeführt, wie die abstinente Anstaltsbehandlung den günstigsten Einfluss auf das psychische Verhalten der Kranken ausgeübt habe.

Schlöss giebt zu, dass allen durch Alkoholgenuss Erkrankten der Alkoholgenuss versagt werden müsse, und dass Paralytiker, Idioten, Imbezille und Hypomanische gegen Alkohol intolerant seien, fügt aber einschränkend hinzu, es liesse sich allgemein nicht genau sagen, in welchen Fällen Alkohol in mässiger Menge gestattet werden könne und in welchen nicht: man müsse eben individualisiren. Ja warum denn in aller Welt? Ist denn der Alkohol etwas durchaus Nothwendiges, dass es erlaubt erscheint, die Kranken erst der Probe auf das Exempel zu unterziehen, ob sie diese so differente Substanz vertragen, auf welche, wie Schlöss selbst zugiebt, ein Theil der Irrenanstaltsinsassen mit grosser Empfindlichkeit reagirt? Primum nihil nocere, ist der erste Grundsatz ärztlichen Handelns, welcher dazu führen muss, die Kranken nicht ohne Noth der Gefahr einer zeitweiligen Verschlimmerung ihres Zustandes auszusetzen. Dass der Alkohol auch in geringen Quantitäten keine harmlose Substanz ist, haben doch die psychologischen Untersuchungen der Kräpelin'schen Schule, welche leider von den Irrenärzten noch immer nicht genügend studirt und gewürdigt zu sein scheinen, auf das deutlichste bewiesen: der Alkohol setzt in Dosen, welche $^1/_4$ bis 1 l Bier entsprechen, die geistige sowie die körperliche Leistungsfähigkeit deutlich herab, während der regelmässige Genuss im Versuche die leisen Anzeichen des chronischen Alkoholismus erkennen lässt.

Uebt so der mässige Alkoholgenuss schon auf das Centralnervensystem des gesunden kräftigen Menschen einen deutlich schädigenden Einfluss, wie viel stärker ist aller Wahrscheinlichkeit nach derselbe bei einem kranken Gehirn mit seiner gesteigerten Erregbarkeit und den vielfach gestörten Cirkulationsverhältnissen. Wenn nun Schlöss sagt, dass manchem Kranken ein mässiger

widersprochen zu lassen. Schlöss hat einerseits alle neueren Autoren, welche die eiweisssparende Wirkung des Alkohols auf Grund ihrer Untersuchungen bestreiten (Minra, Schmidt, Schöneseiffen, Gutzmann u. A.), ganz unberücksichtigt gelassen und von den Resultaten der andern Autoren nur das angeführt, was ihm seine vorgefasste Ansicht, dass der Alkohol in eminenter Weise die Ernährung unterstütze, zu bestätigen scheint. Die beiden allein von Schlöss berücksichtigten neueren Autoren Neumann und Rosemann selbst würden sich sicher gegen die Nutzanwendung, welche Schlöss aus ihren Arbeiten gezogen hat, auf das entschiedenste sträuben. Neumann ist zwar, wie Schlöss erwähnt hat, zu dem Resultat gekommen, dass der Alkohol ein Eiweisssparmittel sei, aber Neumann fügt, was Schlöss nicht erwähnt, hinzu, „der Alkohol ist wegen seiner Giftigkeit so wenig als möglich zu verwenden"; jedenfalls verwahrt sich Neumann entschieden dagegen, den Alkohol als Nahrungsmittel zu empfehlen. In seiner neuesten Arbeit (München. med. Wochenschr. 1901, Nr. 29) erklärt es Neumann auf Grund neuer Stoffwechseluntersuchungen zwar für sicher, dass der Alkohol Stickstoff zu sparen im Stande sei, betont aber ausdrücklich, dass diese Thatsache nur theoretisches Interesse habe, da der Alkohol wegen seiner giftigen Eigenschaften als Nahrungsstoff nicht empfohlen werden könne. Auch Rosemann hat in der von Schlöss citirten Arbeit den Zusatz gemacht, dass die fettsparende Wirkung des Alkohols nicht als besonders vortheilhaft bezeichnet werden könne, da sie nur im Stande sei, den Arzt über den Ernährungszustand des Patienten zu täuschen. Und in seiner neuesten grossen zusammenfassenden Arbeit: „Der Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel" (Pflüger's Archiv, Bd. 86, 1901), kommt Rosemann zu dem Resultat, dass schon unter normalen Verhältnissen die eiweisssparende Wirkung des Alkohols nicht immer in gleicher Weise eintrete, und dass ihm dieser Erfolg beim kranken Menschen erst recht zweifelhaft sei.



Alkoholgenuss durchaus nicht schade, so ist das eine Behauptung, für die den Beweis zu bringen ihm sehr schwer sein dürfte, während alle unsere Kenntnisse vom Wesen des Alkohols und zahlreiche Beobachtungen dagegen sprechen. Beiläufig möchte ich nur bemerken, dass die Nervenärzte sich immer mehr von der Schädlichkeit des Alkohols für Neurastheniker und Nervenkranke aller Art überzeugt haben, und dass die meisten, soweit ich orientirt bin, allen oder fast allen ihren Kranken den Alkohol verbieten. Und was den Nervenkranken recht ist, muss auch den Geisteskranken billig sein. Der Alkohol ist eben nicht das harmlose Getränk, als welches ihn Schlöss hinstellt, und deshalb ist es keine Härte, sondern nur eine Pflicht des Arztes, den Geisteskranken den Genuss des Alkohols zu entziehen, auch wenn ihnen derselbe — Dank den herrschenden Trinksitten, die von den Aerzten immer noch unterstützt werden — ein gewohnter ist.

Wenn v. Krafft-Ebing meint, dass der Alkohol namentlich in Irrenanstalten mit landwirthschaftlichem Betriebe als Lohn fleissiger Arbeiter nicht ganz zu entbehren sei, so habe ich diese vielfach geäusserte Ansicht schon in meinem Vortrage widerlegt, indem ich darauf hingewiesen habe, dass es zahlreiche andere viel bessere Mittel der Belohnung für fleissige Arbeit (z. B. Frühstücksbelag, Obst, Limonade) gebe. Die Anstalten, welche Alkoholabstinenz durchgeführt haben (ich nenne in Deutschland nur die grossen Berliner Anstalten mit landwirthschaftlichem Betriebe, Herzberge und Wuhlgarten) sind auch durchaus nicht um einen Ersatz der früher den Arbeitern gespendeten alkoholischen Getränke verlegen gewesen. Das Beispiel dieser und anderer Anstalten (Bremen, Heidelberg, Burghölzli, Kierling-Gugging, Meerenberg, zahlreiche englische Anstalten) beweist zur Genüge, dass es ohne Alkohol geht und ganz vorzüglich geht, viel besser als vorher mit Alkohol *). Diesen Thatsachen gegenüber haben alle (akademischen) Bedenken zu schweigen.

Freilich wenn man durchaus am Alkohol festhalten will, so wird man — wie dies ja auch die Vertheidigung der Trinksitten im öffentlichen Leben von Seiten der Alkoholfreunde zeigt — um Gründe dafür nie verlegen sein. In die Reihe dieser Gründe gehört auch der von Prof. Wagner vorgebrachte, dass in den abstinenten Anstalten heimlich getrunken werde, und dass dieser heimliche Trunk, der von aussen eingeschmuggelte Alkohol, schlimmer sei, als der in den Anstalten offen verabreichte. Ich glaube kaum, dass Prof. Wagner abstinente Anstalten aus eigener Erfahrung genügend kennt, sonst würde er dieses Moment, mit dem alle Trinkerheilanstalten ein für allemal als zwecklos gestrichen werden müssten, nicht angeführt haben. Jedenfalls scheint so viel klar, dass wenn alkoholische Getränke in erheblichem Maasse in Irrenanstalten eingeschmuggelt werden, dies in Anstalten, wo die alkoholischen Getränke wohl gelitten sind und mit gewisser Liberalität behandelt werden, in ganz ausserordentlich stärkerem Maasse der Fall sein muss als in Anstalten, in welchen das Abstinenzregime herrscht und mit Ernst durchgeführt wird. Wenn alle Glieder der Anstalt vom simplen Wärter bis hinauf zu den Aerzten und dem Direktor von der Nothwendigkeit der Abstinenz durchdrungen sind und selbst abstinent leben, wird die Einschmuggelung von alkoholischen Getränken wohl zu den äussersten Seltenheiten gehören. Im Allgemeinen wird ja auch in dieser Beziehung von Seiten der abstinenten Anstalten nicht geklagt.

Ich komme nun zu der Quintessenz des Vortrags von Schlöss. Schlöss meint, dass die Einführung der Abstinenz nur in jenen Anstalten zu rechtfertigen sei, wo Kranke, denen der Alkoholgenuss überhaupt versagt sein muss, besonders Alkoholiker, in grösserer Anzahl vorhanden sind. Dieser Satz leidet zunächst an einer bedauerlichen Unbestimmtheit und Dehnbarkeit. Was ist eine grössere Anzahl? Der eine wird sie schon bei 5 % oder 10 %, der andere erst bei 50 % oder 60 % oder einer noch höheren Prozentzahl der Kranken finden, denn auf die Prozentzahl kommt es doch wohl an. Ich habe diese Prozentzahl in meinem Vortrage aus statistischen Daten zu ermitteln gesucht und gefunden, dass bei den männlichen Geisteskranken im Durchschnitt wenigstens 56 % derselben zu der Kategorie von Kranken gehören, welchen unter allen Umständen der Alkohol versagt werden muss (Alkoholiker, Epileptiker, Paralytiker, Idioten, Imbecille und Periodiker), und ich glaube kaum, dass sie auch in den Anstalten, wo die Zahl der Alkoholiker sehr gering ist, unter 30 % heruntergehen wird. Aber selbst wenn es Anstalten geben sollte, wo nur 20 % oder gar nur 10 % solcher Kranken vorhanden sind, wie will es Schlöss in diesen Anstalten, in denen er Abstinenz für unnöthig oder gar für „hart" hält, verhindern, dass diese 20 % oder 10 %, die doch auch nach seiner Ansicht

*) Francis O. Simpson (Lancaster county asylum) bemerkt in einem Aufsatze: Some points in the treatment of drunc insane in American Journal of Insanity (April 1901) darüber Folgendes: Die Abschaffung des Bieres bei den Mahlzeiten ist so erfolgreich gewesen, dass es unnöthig erscheint eine Praxis zu discutiren, welche (sc. in England) einmüthig angenommen worden ist. Es genügt zu betonen, dass die Verabreichung von Alkohol (zu Genusszwecken) in irgend einer Form zu verurtheilen ist.

durchaus abstiniren sollen, sich keinen Alkohol beschaffen, während alle Kranken ringsherum Alkohol bekommen? Schlöss betont ja selbst, dass es leicht zu Ueberschreitungen des bewilligten Alkoholquantums oder der aufgetragenen Abstinenz komme, wenn der Alkohol nicht überhaupt von den Abtheilungen peinlich ferngehalten wird, und er schildert vollkommen richtig, wie von Einzelnen für Tabak, für Speise etc. Alkohol eingetauscht werde, und wie die Wärter die Leistungen gewisser Arbeiten seitens der Kranken mit Alkohol in Form von Bier oder Wein belohnen. Ja, gilt dies nach Schlöss denn nur für Anstalten mit einer „grösseren Anzahl" von Kranken, die der Abstinenz bedürfen, und bestehen diese Verhältnisse denn nicht ganz ebenso zu Recht an Anstalten die auch nur 10% solcher Kranken haben sollten. Schlöss wird vielleicht sagen, dieser 10% wegen kann ich doch den übrigen 90% gegenüber nicht „so hart" sein, ihnen „den gewohnten Alkoholgenuss" zu entziehen. Ja warum denn nicht —, selbst wenn die Entziehung des Alkohols eine Härte für die 90% wäre und nicht etwas ganz Gleichgültiges oder sogar etwas Zweckmässiges! Sind wir denn nicht als Aerzte verpflichtet für alle unsere Kranken die günstigsten Bedingungen zur Wiederherstellung zu schaffen und jede Schädlichkeit mit aller nur möglichen Sorgfalt aus dem Wege zu räumen?

Sauermann - Bonn bemerkt in seinem Aufsatze: „Statistisches über die Trunksucht" (diese Wochenschrift, 12. Oktober 1901, Nr. 29), dass den Trinkern in der Irrenanstalt Bonn, wo von 1896—1900 12,6% aller Aufnahmen (21,5% der Männeraufnahmen!) chronische Alkoholisten waren, eine speciell antialkoholistische Behandlung nicht zu Theil geworden sei, obgleich seiner Meinung nach „sie alle einer Erziehung zur Enthaltsamkeit mehr oder weniger zugänglich gewesen wären und zu einem grösseren oder geringeren Theile unter geeigneter Behandlung hätten geheilt werden können", wobei Sauermann noch betont, dass die völlige Heilung auch nur weniger Trinker für diese selbst, ihre Familie und die Allgemeinheit einen nicht zu übersehenden Gewinn bedeute. Ja, liegt darin nicht eigentlich ein ausserordentlich schwerer Vorwurf für diese Irrenanstalt und die überaus grosse Mehrzahl aller Irrenanstalten überhaupt, bei welchen ja die Verhältnisse ähnliche sind? Und ist es nicht ein sehr trauriges testimonium paupertatis für die Irrenanstalten, wenn sie sich ausser Stande erklären einem grossen Theile ihrer Kranken die „geeignete Behandlung" angedeihen zu lassen, welche zu der „einen nicht zu übersehenden Gewinn" bedeutenden Heilung führen könnte. Und warum diese Bankerotterklärung des ärztlichen Könnens? Weil die Irrenärzte in ihrer grossen Mehrheit, wie die ganze heutige Gesellschaft, Alkoholfreunde sind, weil sie sich nicht entschliessen können, die durch alle Gründe der Vernunft gerechtfertigte Alkoholabstinenz in den Irrenanstalten einzuführen, z. Th. aus Vorurtheilen, z. Th. vielleicht in dem Bedenken, dass die schliessliche Folge die eigene Alkoholabstinenz sein würde.

Wenn mir entgegengehalten werden sollte, dass die Irrenanstalten doch keine Trinkerheilanstalten sind, so muss ich zunächst erwidern, dass selbst wenn einmal Trinkerheilanstalten in genügender Menge vorhanden sein sollten, immer noch eine grosse Anzahl von Alkoholikern, nämlich die mit ausgesprochener Geistesstörung, zunächst in die Irrenanstalten kommen werden, wo sie das Recht haben, zu verlangen, vom Augenblick ihres Eintritts an die geeignete Behandlung zu finden, schon damit die Zeit, die sie in der Anstalt verbringen müssen, nicht für die Heilung von ihrem Grundleiden verloren sei, während ein anderer Theil überhaupt nicht in einer offenen Trinkeranstalt, sondern nur in einer geschlossenen Irrenanstalt behandelt werden kann. Die Irrenanstalten werden daher bei der Behandlung von Trinkern nie ganz entbehrt werden können. Und sie können dieselbe ebensowenig als unzuständig zurückweisen, wie sie die Behandlung von Morphinisten oder Kokainisten zurückweisen werden, denen gegenüber sie sich sicher nicht für unfähig erklären werden, die Entziehungskur durchzuführen. Die Irrenanstalten sind dazu eben eo ipso im Stande, weil sie morphiumfrei und kokainfrei sind und Morphium oder Kokain nur wohlverwahrt im Giftschrank der Apotheke zu finden ist. In demselben Sinne werden die Irrenanstalten auch alkoholfrei werden müssen. Diese Forderung wird immer und immer wieder an die Irrenanstalten gestellt werden, und die Irrenanstaltsleiter werden sich, mögen sie zum Theil auch heute noch so alkoholfreundlich sein, dieser Forderung auf die Dauer nicht entziehen können.



Zur Abstellung der Aerztenoth in der Irrenpflege.

Wir sind heute in der Lage den die Regelung der Anstellungsverhältnisse der Aerzte an den Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Sachsen betreffenden Abschnitt der Landtagsvorlage unseren Lesern zur Kenntniss zu bringen. Derselbe dürfte um so mehr Anspruch auf allgemeineres Interesse haben, als die Aerztenoth — wie seiner Zeit in dem Aufsatz „Was am meisten noth thut" dargethan wurde, in den Irren-Anstalten eine allgemeine ist und nur auf dem angegebenen Wege wirksam bekämpft werden kann. Der Abschnitt lautet:

„Von besonderer Bedeutung ist die hier vorgeschlagene Neuordnung der Eintheilung und der Anstellungsverhältnisse der Anstaltsärzte. Eine solche Neuordnung hat sich als unabweisbar herausgestellt. Die ordnungsmässige Besetzung der jüngeren Arztstellen an unseren Irrenanstalten hat nämlich in den letzten Jahren immer vermehrte Schwierigkeiten bereitet. Trotz der im Uebrigen vorhandenen Ueberfüllung des ärztlichen Standes sind die erledigten Assistenz- und Volontärarztstellen vielfach monatelang ausgeschrieben worden, ohne dass sich auch nur ein einziger geeigneter Bewerber gemeldet hätte. Diese Thatsache ist um so auffallender, als die Vergütung, welche die jüngeren Aerzte an unseren Anstalten erhalten, eine verhältnissmässig recht günstige ist; schon die Volontärärzte, welche etwa im Alter von 25—26 Jahren in diese Stellung kommen, erhalten einschliesslich des Staatszuschusses 1200 M. und freie Station. Dem gegenüber lässt sich der Mangel an Bewerbern im Wesentlichen nur auf die allzu unsicheren Aussichten zurückführen, welche die irrenärztliche Laufbahn in ihrem späteren Verlaufe bisher geboten hat. Auf der letzten Conferenz der Landesdirectoren in Posen ist diese bedeutungsvolle Frage auf diesseitige Anregung zu eingehender Erörterung gelangt, und fast übereinstimmend in dem Sinne beantwortet worden, dass eine Vermehrung der Irrenarztstellen, welche ihren Inhabern eine gesicherte zur Begründung eines Haushaltes ausreichende Lebensstellung bieten, wünschenswerth sei. Besonders noth thut aber eine solche Reform in unserer Provinz und zwar nach zwei Richtungen hin.

Zunächst ist die Einführung von Dienstaltersstufen nothwendig, welche bisher für sämmtliche Klassen der Anstaltsärzte im Gegensatze zu fast allen andern Beamten des Provinzialverbandes gefehlt haben. Die in dieser Hinsicht erforderlichen Aenderungen sind in dem Entwurfe der Haushaltspläne der einzelnen Anstalten vorgesehen und des Näheren begründet.

Des Weiteren ist aber auch eine Verbesserung der Aussichten der irrenärztlichen Laufbahn hinsichtlich der Anstellung auf Lebenszeit und mit Ruhegehaltsberechtigung unabweisbar. Nach den bisherigen Reglementsbestimmungen hatte die Annahme der sämmtlichen dem Anstaltsdirector beigegebenen Aerzte einschliesslich der Oberärzte auf Kündigung und ohne Ruhegehaltsberechtigung zu erfolgen. In dieser Bestimmung liegt unseres Erachtens neben dem Mangel an festen Dienstalterstufen der Hauptgrund für die mangelnde Neigung der Aerzte, in den Dienst der Provinzial-Irrenanstalten zu treten. Wer sich in diesen begiebt, will naturgemäss, wie sämmtliche andern Provinzialbeamten, die Aussicht haben, zu gegebener Zeit einen selbständigen Haushalt gründen zu können und zu diesem Zweck in sichere Anstellungsverhältnisse zu gelangen. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, dass diese Aussicht bei einer Annahme auf Kündigung nicht gegeben ist, wobei noch in Betracht gezogen werden muss, dass sich für Aerzte, welche längere Zeit nur auf psychiatrischem Gebiete beschäftigt gewesen sind, die Rückkehr in die allgemeine ärztliche Praxis besonders schwierig gestaltet. Es ist daher unumgänglich nothwendig, dass einer grösseren Anzahl von Anstaltsärzten, und zwar etwa die Hälfte einer jeden Anstalt, eine gesicherte Lebensstellung durch feste Anstellung gewährleistet wird. Zu diesem Zwecke wird in D 32 des Entwurfes die Eintheilung der dem Anstaltsdirector beigegebenen Aerzte in Oberärzte, ordentliche Aerzte, Assistenzärzte und Volontärärzte in Vorschlag gebracht; den beiden ersteren Klassen, welche zusammen nach den Entwürfen für die einzelnen Haushaltspläne der Irrenanstalten etwa die Hälfte der gesammten Aerzte einer jeden Anstalt (abgesehen vom Anstaltsdirector) darstellen, soll nach § 37 des Entwurfes eine gesicherte Lebensstellung in dem vorbezeichneten Sinne geboten werden. Dass sich für die Oberärzte, welche diese Stellung erst nach mehrjähriger Bewährung in anderen Arztstellen erlangen, von vornherein lebenslängliche Anstellung, (mit welcher nach § 3 des Reglements „über die dienstlichen Verhältnisse der Beamten des Provinzialverbandes von Sachsen" vom $\frac{\text{20. November 1876}}{\text{15. März 1877}}$ ohne Weiteres auch die Ruhegehaltsberechtigung verbunden ist,) empfiehlt, bedarf nach den vorstehenden Erörterungen keiner



weiteren Ausführung; thatsächlich sind übrigens schon jetzt auf Grund besonderer Bestimmungen in den betreffenden Haushaltsplänen von den vorhandenen 6 Oberärzten 2 auf Lebenszeit angestellt. Die ordentlichen Aerzte hinsichtlich der lebenslänglichen Anstellung den Oberärzten völlig gleich zu stellen würde in denjenigen Fällen bedenklich sein, in welchen für diese Anstellung Aerzte in Betracht kommen, die sich noch nicht durch eine längere Thätigkeit im Anstaltsdienst als für diesen auf die Dauer geeignet erwiesen haben. Es wird deshalb beantragt, die ordentlichen Aerzte zunächst auf Kündigung anzustellen, ihnen aber der Regel nach nach 5jähriger Thätigkeit im Anstaltsdienst (also auch als Assistenz- oder Volontärärzte), wobei unter Umständen auch Dienstzeiten an fremden Anstalten in Anrechnung kommen können, die lebenslängliche Anstellung zu gewähren. Die Entscheidung über die lebenslängliche Anstellung der ordentlichen Aerzte würde nach unserm Vorschlage in jedem einzelnen Falle dem Provinzialausschusse vorbehalten bleiben, der berechtigt sein würde, sie abzulehnen, wenn nach seinem Ermessen besondere Gründe, insbesondere nicht völlig einwandfreie Dienstführung, ihrer Bewilligung entgegenständen.

Die Assistenz- und Volontärärzte sollen, da es sich hier im allgemeinen um jüngere Aerzte handelt, nach wie vor lediglich auf Kündigung angenommen werden. Die Unterscheidung zwischen Assistenz- und Volontärärzten ist nothwendig, weil unter den letzteren solche jüngeren Aerzte zu verstehen sind, die zunächst zu ihrer Ausbildung in den Anstaltsdienst treten und aus diesem Grunde unter Umständen vom Staate einen jährlichen Zuschuss erhalten. Die Besetzung der Assistenz- und Volontärarztstellen schlugen wir in § 36 vor, dem Landeshauptmann zu übertragen, da bei dem öfteren Wechsel in diesen Stellen und der Eilbedürftigkeit ihrer Wiederbesetzung die zur Zeit bestehende Nothwendigkeit unserer Beschlussfassung unnöthige Weiterungen zu schaffen geeignet ist.

Es ist zu hoffen, dass die durch Annahme unserer Vorschläge den Irrenanstaltsärzten eröffneten sicheren Lebensaussichten die Neigung der jüngeren Aerzte, sich diesem Zweige der ärztlichen Thätigkeit zuzuwenden, wieder fördern werden und damit die unseren Irrenanstalten drohende Gefahr, keinen oder doch keinen genügenden Ersatz an Aerzten zu erhalten, noch rechtzeitig abgewendet werden wird."

Mit besonderer Genugthuung kann berichtet werden, dass auch nicht eine Stimme in dem sächsischen Provinziallandtag gegen diese auf Regelung der Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse der Irrenärzte hinzielenden Ausführungen laut geworden ist, vielmehr allseitig die vollste Berechtigung der Vorlage anerkannt und mehrfach auf die Nothwendigkeit einer ausreichenden Besoldung der Anstaltsärzte hingewiesen wurde.

Mittheilungen.

— **Erlass des preuss. Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten,** betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Trunksucht vom 31. Januar 1902.

Die Bekämpfung der Trunksucht ist gegenwärtig zu einer Aufgabe geworden, an deren Lösung die weitesten Kreise sich betheiligen. Auch die Schule kann hierzu mitwirken im Sinne einer Belehrung des Volkes, die schon bei der Jugend einzusetzen hat. Neben rührigen Vereinen haben auch parlamentarische Kreise sich dieser wichtigen Angelegenheit angenommen, und unter den Mitteln, die zur Bekämpfung des Alkoholgenusses empfohlen worden sind, ist mit Recht auf die Mitarbeit der Schule hingewiesen worden.

Es ist mir wohl bekannt, dass Schulen wie Schulbehörden dieser Frage ihre Sorge längst und mit Eifer zugewandt haben, wie noch in letzter Zeit von Seiten einer Königlichen Regierung ganz im Sinne des Vorstehenden die Kreisschulinspektoren verständigt worden sind. Aber die ausserordentliche Bedeutung der vorliegenden Aufgabe veranlasst mich, es noch besonders zum Ausdrucke zu bringen, dass auch nicht eine einzige Volksschule sich der nachdrücklichen Betheiligung an den Kämpfen gegen das unheilvolle Uebel der Trunksucht entziehen darf.

Wenn dem Religionsunterrichte hauptsächlich die ethische Seite, die Bekämpfung des Lasters zufällt, so hat der Unterricht in der Naturkunde und Gesundheitslehre vielfach Gelegenheit, die verheerenden Wirkungen des unmässigen Alkoholgenusses auf Gesundheit und Leben den Kindern zur Kenntniss zu bringen. Hierneben bietet sich in der Schule auch sonst noch oft die Gelegenheit, auf das wirthschaftliche Elend hinzuweisen, welches durch die Trunksucht verursacht wird.

Die Königliche Regierung ist in der Lage, durch Vermittelung der Schulinspektoren auf Lehrer-Konferenzen und sonst die in Rede stehende Aufgabe der Volksschule näher zu bringen und sowohl den Lehrstoff, wie die Methode seiner Verwendung im



Unterricht gründlich ausarbeiten zu lassen. An geeigneten Lehrbüchern dazu fehlt es nicht; hier sei nur auf ein neu erschienenes Buch hingewiesen: „Die Schädlichkeit des Missbrauchs geistiger Getränke," herausgegeben von Dr. Dieke und Dr. Kohlmelz im Verlage von Hundt in Hattingen.

Die eindringliche und wiederholte Erinnerung der Schulaufsichtsbeamten und Lehrer zu wirksamer Mitarbeit der Schulen überlasse ich der Königlichen Regierung, behalte mir aber vor, über das dortseits Veranlasste seiner Zeit Bericht zu erfordern.

(Unterschrift.)

An die Königlichen Regierungen.

Abschrift zur Kenntnissnahme und sinngemässen Beachtung hinsichtlich der höheren Lehranstalten und Seminarschulen pp.

Berlin, den 31. Januar 1902.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten.
gez. Studt.

An die Königlichen Provinzial-Schul-Kollegien.

— **Breslau**. Der Magistrat richtete eine Petition an den Minister des Innern, betreffend die Abhilfe gegen Missstände, welche der Stadt Breslau aus der Einrichtung der Strafanstalts-Irrenabtheilung bei dem Zellengefängniss in Breslau erwachsen. Aus finanziellen wie aus rechtlichen und ethischen Gründen bittet der Magistrat, die Stadt von der Verpflichtung zu entbinden, geisteskranke Verbrecher, insonderheit diejenigen, welche nicht aus Breslau stammen, in die städtische Irrenanstalt aufzunehmen. Die Zustände, welche durch Aufnahme der gedachten Geisteskranken in unserer Irrenanstalt eingetreten sind, sind für diese Anstalt im höchsten Grade nachtheilig und geradezu verderblich, und der Magistrat kann sich darauf berufen, dass die gleiche Last in anderen Irrenanstalten nicht minder unbequem empfunden wird.

Die Breslauer Irrenanstalt ist errichtet worden, um solche Geisteskranke aufzunehmen, für die die Stadt aus armenpflegerischen Gründen zu sorgen hat, ferner auch Privatkranke aus der Stadt Breslau selbst, Breslauer Bürger. Für diese Kranken, denen der Magistrat die denkbar beste und humanste Pflege angedeihen lassen will, ist das Zusammenleben mit den vorher geschilderten geisteskranken Verbrechern eine Pein. Die Sicherheitsmassregeln, welche wegen dieser letzteren in der Anstalt getroffen werden müssen, geben derselben mehr den Charakter eines Zuchthauses, entfremden sie daher ihrem ursprünglichen Zwecke, als reine Heilanstalt zu dienen; sie erwecken bei den vorzugsweise zur Aufnahme bestimmten anständigen Kranken bezw. deren Angehörigen den Gedanken, die Anstalt wäre zugleich ein Gefängniss, und beeinträchtigen dadurch wesentlich die Heilerfolge. Das vom Magistrate mehrfach schon aber bisher vergeblich erstrebte Ziel kann allerdings nur durch einen Act der Gesetzgebung erreicht werden.

(Breslauer Morgenztg.)

— **Berlin**. Universitätsprofessor Dr. Hermann Oppenheim, Privatdocent für Nervenheilkunde an der hiesigen Universität, hat seine Docentur niedergelegt. Dr. Oppenheim, der seit 1886 Privatdocent ist, wurde einstimmig von der medicinischen Facultät dem Cultusministerium zur Beförderung zum ausserordentlichen Professor vorgeschlagen. Der Cultusminister hat sich aber nicht veranlasst gesehen, auf diesen Vorschlag der medicinischen Facultät einzugehen. Darin sieht Dr. Oppenheim eine Beeinträchtigung und zwar besonders deswegen, weil eben dieselbe Universitätsverwaltung, die ihm jetzt die von der medicinischen Facultät befürwortete Ernennung zum ausserordentlichen Professor verweigert, ihn vor 12 bis 14 Jahren, als der damalige Leiter der Irren- und Nervenklinik der Charitee, Karl Westphal, durch Krankheit an der Ausübung der Lehrthätigkeit verhindert war, mit der Ertheilung des klinischen Unterrichtes in der Nervenheilkunde betraute.

Referate.

— Oppenheim, H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studierende. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 369 Abbildungen. 1220 Seiten. Berlin, 1902. S. Karger. Preis M. 27,—.

Wenn heute das umfangreiche Lehrbuch Oppenheims, 8 Jahre nach seinem ersten Erscheinen, in dritter Auflage vor uns liegt, so ist das nicht nur ein erfreuliches Zeichen für das Interesse, welches man auch in weiteren Kreisen dem Studium der Neurologie entgegenbringt, sondern auch vor allem ein Beweis der Brauchbarkeit und Beliebtheit des Buches.

Diese verdient es aber auch in der That durchaus. Denn wenn einer, war V. dank seiner langjährigen Thätigkeit als akademischer Lehrer, dem wir zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten auf den verschiedensten Gebieten der Neurologie verdanken, dem die Erfahrungen einer ausgedehnten Praxis zur Seite stehen, dazu berufen, den gesicherten Besitz in der Erforschung der Nervenkrankheiten darzustellen.

Da das Buch in erster Linie den Forderungen der Praxis genügen soll, so wird das Hauptgewicht auf die Darstellung der Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie gelegt. Dabei wird aber Anatomie und Physiologie, soweit diese Gebiete zum Verständniss klinischer Thatsachen und Anschauungen nothwendig sind, kurz besprochen und durch zahlreiche treffliche Abbildungen erläutert. Ueberhaupt verdienen die Illustrationen, welche Krankheitsfälle oder anatomische Präparate darstellen, besonders hervorgehoben zu werden. Ihre Auswahl zeugt von dem didaktischen Geschick des Verf., das sich auch darin kund giebt, dass es an vielen Stellen neben dem pathologisch-anatomischen Präparate auch das normal-anatomische Präparat zu direkter Vergleichung veröffentlicht.

V. begnügt sich aber nicht damit, seine eigenen zahlreichen und kritisch gesichteten Beobachtungen zu veröffentlichen, sondern er berücksichtigt auch in ausgedehntestem Maasse die umfangreiche Litteratur. Das trifft, wie sich fast auf jeder Seite ergiebt, auch hinsichtlich der neuesten Litteratur zu, so dass auch die neue Auflage gegen die vorige wieder umfangreicher wurde.



Heben wir noch die klare Darstellung — es sei insbesondere auf das die Aphasie behandelnde Kapitel hingewiesen — und die gute Ausstattung hervor, so werden wir verstehen, dass Oppenheim's Werk mit seinem reichen Inhalt, mit seiner Zuverlässigkeit, mit seiner praktischen Brauchbarkeit unter den Lehrbüchern der Nervenkrankheiten an erster Stelle steht.
Ernst Schultze.

— Die Krankenpflege im Frieden und im Kriege. Zum Gebrauch für Jedermann; insbesondere für Pflegerinnen, Pfleger und Aerzte. Von Obermedicinalrath Dr. P. Rupprecht. IV. Auflage Leipzig. F. C. W. Vogel, 1902. 460 Seiten, Preis geb. 5 M.

Als Hilfsmittel zum Unterricht in der allgemeinen bezw. der somatischen Krankenpflege, die in den Leitfäden für den Unterricht in der Irrenpflege meist verhältnissmässig kurz behandelt wird, kann das obige Buch warm empfohlen werden. Es bietet eine reichliche Fülle von Stoff, aus dem man je nach den Verhältnissen auswählen kann. Besonders anerkennenswerth ist die grosse Zahl der Illustrationen. Die Chirurgie und Verbandlehre hat besonders eingehende Berücksichtigung gefunden; ebenso die Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Auch die Abschnitte über die öffentliche Krankenpflege sind eine schätzenswerthe Beigabe.

— Mörchen, Ueber Dämmerzustände. Ein Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Bewusstseinsveränderungen. Marburg. Elevert, 1901. 80 S.

Verf. bespricht hier in einer monographischen Weise die Dämmerzustände, wie sie bei den verschiedensten Neurosen: Epilepsie, Hysterie, Migräne etc. vorkommen. Es werden hierbei die neueren nosologischen Ansichten und Erfahrungen übersichtlich zusammengestellt und an der Hand guter Krankengeschichten der Marburger psychiatrischen Klinik kritisch gegen einander abgewogen unter Hervorhebung der verschiedenen klinischen, differentiellen und forensisch wichtigen Stützpunkte. Gerade in forensischer Hinsicht ist die Kenntniss der Dämmerzustände von hoher Bedeutung.

Für den epileptischen Dämmerzustand ist wichtig ausser Anamnese und Körperbefund die „Gottnomenklatur", der Wechsel zwischen religiös-expansivem und ängstlichem Delir und dessen Neigung in schwere Tobsuchtszustände mit Agressivität überzugehen. Häufig besitzen die Anfälle eine gewisse Stereotypität, auch zeigen sich die typischen Charakteränderungen des Epileptikers in Dämmerzustand besonders ausgeprägt. Von manchen Seiten wird den Veränderungen des Gesichtssinns im Dämmerzustand besondere Bedeutung beigelegt. Die Neigung, roth zu sehen, ist bekannt. Die Erinnerungsfähigkeit steht im Allgemeinen umgekehrt proportional zur Schwere des Anfalls, indess kann man die totale Amnesie nicht als Kriterium des epileptischen Dämmerzustandes gebrauchen. — Wenn man beim „Quartalsäufer" jetzt das Vorhandensein einer epileptischen Neurose annimmt, so bedarf es im speciellen Falle noch des Nachweises der Begleitsymptome, der spezifischen Charakteränderungen etc. zur Stütze der Wahrscheinlichkeitsdiagnose.

Dämmerzustände auf hysterischer Basis kommen weit seltener als epileptische ohne vorherige Antecedentien vor. Auch hier ist Alkohol und besonders Trauma von wichtigem auslösendem Werthe; vor Allem bei der traumatischen Hysterie werden höchste Angstaffekte beobachtet. Präkordialangst und Selbstmordneigung wie Suggestibilität des Kranken sind für die hysterischen Dämmerzustände charakteristisch. Besonders in forensischer Hinsicht ist die auch von Ganser gemachte Beobachtung einer eigenartigen Verwirrtheit, indem die Kranken bei völligem Verständniss für die Fragen ganz sinnlose Antworten geben, eine Thatsache, welche leicht zur Annahme der Simulation führt. Totale Amnesie scheint hier seltener zu sein als im epileptischen Dämmerzustande, dagegen sind Erinnerungsfälschungen und Umdeutung der Erlebnisse im Dämmerzustand besonders im Sinne der Beeinträchtigung fast pathognomisch für die Hysterie. Die Diagnose kann u. A. Schwierigkeiten bereiten gegenüber ähnlichen Zuständen in Pubertätspsychosen.

Die mancherlei Uebergänge vom hysterischen zum epileptischen Krankheitsbild, die Kombination beider macht die gemeinsame Grundlage einer vasomotorischen Neurose wahrscheinlich. Im Allgemeinen nimmt man bekanntlich als auslösende Ursache vasomotorische Störungen in der Grosshirnrinde an, wofür ausser anderen Beobachtungen z. B. auch das Vorkommen der Dämmerzustände bei Migräne, bei der Applikation thermischer Reize sprechen. Eine neurotische Degeneration muss hierbei wohl stets angenommen werden.

Des Weiteren bespricht M. die Dämmerzustände auf alkoholischer Basis bei Migräne, bei Neuralgie und Neurasthenie, wobei er zur Annahme einer gemeinsamen, vasomotorischen Neurose neigt. Der stete Hinweis auf das forensische Gebiet geben der Arbeit, ebenso wie das Anfügen prägnanter Beobachtungen besonderen Werth. Kellner-Hubertusburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Annales méd.-psychologiques Jan.— April 1902.

G. Saint-Paul, L'examen des malades atteints de paraphasie.

Paul Masoin, Quelques considérations sur l'epilepsie tardive et l'epilepsie sénile.

Viallon, Suicide et folie (suite).

L. Maupate, Du langage chez les idiots. (suite).

Samuel Garnier, De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est; ce qu'elle doit être (suite).

Pilcz, Sur les psychoses chez les Juifs.

Viallon, Suicide et folie (suite).

L. Maupaté, Du langage chez les idiots (suite).

Anglade, De la propagation de la tuberculose par les bacilles contenus dans les selles. Prépondérance de ce mode de propagation dans les asiles d'aliénés.

Samuel Garnier, De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est; ce que'lle doit être (suite).

A. Cullerre, Documents d'outre-mer.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen.

Irrenärztliches Correspondenzblatt.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Director Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark) — Prof. Dr. G. Anton, Graz. — Prof. Dr. A. Guttstadt, Geh. Med.-Rath, Berlin. — Prof. Dr. E. Mendel, Berlin.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Kraschnitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2572.

Nr. 53. 29. März. 1902.

Die „Psychiatrische Wochenschrift" erscheint jeden Sonnabend und kostet pro Quartal 4 Mk.
Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post (Katalog Nr. 6252), sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. J. Bresler, Kraschnitz (Schlesien), zu richten.

Psychiatrisches in Hauptmann's „Rotem Hahn".

Von *Eduard Hess* (Stephansfeld i. Els.).

Wie in fast allen seinen früheren Werken*) kommt auch im neuesten Drama Gerhart Hauptmanns, in der Tragikomödie „Der rote Hahn,"**) die Psychiatrie nicht zu kurz. Drei Personen sind es, die das besondere irrenärztliche Interesse erregen: der Schuster und Polizeispitzel Fielitz, der junge Gustav Rauchhaupt und sein Vater, der Gendarm a. D. Rauchhaupt.

Die Schustereheleute Fielitz — die treibende Kraft ist die Frau — zünden auf geschickte Weise ihr gut versichertes Haus an. Der Verdacht der Thäterschaft fällt auf den Idioten Gustav Rauchhaupt, der dafür bekannt ist, dass er gern mit Streichhölzern spielt und seinem Vater schon einmal einen Strohschuppen niedergebrannt hat. Er ist auch sonst ein sehr unsozialer Mensch, pflegt mit Ziegelsteinen nach

*) Vgl. meinen Aufsatz über „Fuhrmann Henschel," Psych. Wochenschrift 1899, Nr. 25—27.

**) Berlin, Verlag von S. Fischer, 1901.



seinem Vater zu werfen, Schlösser auszuschrauben, Hausschlüssel zu stehlen, Tulpenzwiebeln zu essen u. dgl.; ein Antrag des Vaters auf Unterbringung in einer Anstalt wurde jedoch von der Behörde abgelehnt, weil der Bursche nicht gemeingefährlich sei. Nun ist er einer der ersten, der die Leute auf den Brand aufmerksam macht; da er nicht sprechen kann, thut er dies durch bezeichnende Gesten, er bringt die hohle Hand vor den Mund und tutet wie durch eine Trompete; dabei fällt ihm eine Schachtel mit Streichhölzern aus der Tasche. Er wird festgenommen und dem Amtsvorsteher vorgeführt; beim Verhör schreit er wie ein Esel, wie er überhaupt im Nachahmen der Thierstimmen berühmt ist. Jetzt kommt er endlich nach Dalldorf; einmal läuft er dort weg und wird in Tegel wiedergefunden, nach seiner alten Gewohnheit vor der Kirche sitzend, um dem Glockenläuten zu lauschen — „da soll'n Se den Jungen ma sehn bei," meint sein Vater, „wo det ieber sein Jesichte spielt. Det is wat! Er kann et bloss all nich so ausquetschen, wo unsereener det ausquetschen thut."

Dieser Vater, der alte Rauchhaupt, der früher ein strammer Soldat und Beamter war, glaubt nicht an die Schuld seines Sohnes. Bei der Vernehmung ist er ausserordentlich aufgeregt und bekommt zu Hause eine schwere Ohnmacht, aus der er mit Mühe wieder ins Leben zurückgerufen wird. Es wurmt ihn tief, dass auf ihm die „Schande" lasten soll, sein blödsinniger Sohn sei ein Brandstifter, zumal für ihn nicht der geringste Zweifel darüber herrscht, dass die Schustersche eheleute ihr Haus selber angesteckt haben. In seiner Verzweiflung macht er einen Selbstmordversuch: „Wo eener so weit is jewest — det er sich — als Beamter! — n' Strick hat jenomm', und det er sich . . . ick wees et nich! Jck wees et nich, det ick det soll jemacht hebb'n! — Aber losjeschnitten hebben se mir." Also retrograde Amnesie.

Fielitz, ein hoher Fünfziger, will nicht mitthun, als seine Frau ihn zur Brandstiftung zu überreden sucht; aber die Frau kriegt ihn herum: so könne er immer weiter schustern und sich plagen, wenn jedoch die Versicherungssumme ausgezahlt werde, könne er sich einen hübschen Laden einrichten und bequem viel Geld verdienen. Das zieht, und Fielitz beweist seiner Frau, dass er sich aufs Feueranlegen noch besser versteht als sie. Nachdem alles gut vorbereitet, reist das brave Ehepaar nach Berlin — die Sache spielt „Irgendwo um Berlin" — und kommt gerade zurück, als das Haus zu Schutt und Asche geworden ist, und die Vernehmung stattfindet. Frau Fielitz führt das grosse Wort, er beschäftigt sich kindisch-blöde mit dem Regulator, den er sich aus Berlin mitgebracht hat — ein ganz schlauer, entlastender Kniff der Frau Fielitz. Fielitz verräth nichts; einmal sagt er in seiner Dösigkeit zu seinen Ungunsten, er sei gegen acht Uhr aufgestanden, was aber von der Frau sofort richtiggestellt wird. Man sah die Beiden schon in aller Frühe am Bahnhof, und dem Arzt Dr. Boxer, der dort mit Fielitz sich kurz unterhielt, war aufgefallen, „der Schuster sei wohl ein bischen nicht recht."

Die Monate verfliegen, der Neubau ist soweit gediehen, dass das Richtfest stattfinden kann. Inzwischen ist es mit Fielitz sehr bergab gegangen; als Polizeispitzel wurde er abgedankt; der Bauführer Schmarowski, der Gatte einer Tochter der Frau Fielitz aus ihrer ersten Ehe, sagt von ihm: „Der Schuster macht uns ganz lächerlich. In allen Kneipen soll er sich aufspiel'n. Und neulich ist 'ne Jeschichte passiert, draussen, im Wartesaal zweiter Klasse. Da hat er sich einjedrängt und hat die blödsinnigsten Reden jehalten, nich weit vom Hon'ratiorentisch. Von Fabriken und was er sich sonst wollte anlegen." Frau Fielitz meint: „Der Mann is reene wie übergeschnappt." Fielitz renommiert schwachsinnig und will die Festrede halten, denn er habe das Haus gebaut; alle lachen ihn aus; Schmarowski, ein Erzgauner, der mit der Frau Fielitz unter einer Decke steckt, hat längst das Besitzthum an sich gebracht. Er war früher sehr konservativ und ist jetzt „gegen Willkür und Polizeigewalt"; die Arbeiter lassen ihn auf dem Bauplatz hochleben und kümmern sich nicht das geringste um Fielitz, der erregt in seine Wohnung eilt und schreit: „Ick . . . ick . . . ick . . . ick . . . ick bin et jewesen! — Immer schreit ihr, schreit ihr! Dem heben se uff. Aber nee, so'ne Rede halte ick nich! Charakter! Jewissen! Det is de Hauptsache. Jawoll! Ick habe bezahlt und jebaut. Aber wenn mir och Wehrhahn (der Amtsvorsteher) hat fallen jelassen — von jute Jesinnung lasse ick nich! Ordnung muss sind! Moral muss sind! Ick bleibe monarchisch bis uff de Knochen! Um diese Triumphe beneid' ick dir nich!" Der Erguss bestärkt den Dr. Boxer in seinem alten Verdacht: „Pst! Fielitz! Komm' Se mal hier an's Licht. Ich will mir mal Ihre Augen betrachten. — Bewegt sich denn Ihre Pupille nicht?! —" In diesem Augenblick bekommt Frau Fielitz plötzlich, was man so einen „Herzschlag" nennt. Sie athmet kurz und krampfhaft, macht eigenthümliche Bewegungen mit den Armen, lallt und — stirbt. Fielitz ist völlig theilnahmlos für den Vorgang, er „betrachtet seine Augen scharf und vertieft in einem Handspiegel."

So haben denn die beiden Brandstifter keinen Nutzen von ihrer Unthat; wenn auch der „Arm der irdischen Gerechtigkeit" sie nicht erreichte, eine „höhere



Hand" schlug sie nieder. Es ist recht nett von Hauptmann, dass mal die Schuldigen die Strafe trifft; der grösste Schuft Schmarowski bleibt allerdings leider unbehelligt. Wir haben jedoch die Hoffnung, dass auch er noch abwirthschaftet und auf der Gasse liegt oder in Moabit und Plötzensee Betrachtungen über die wechselnde Laune des Schicksals anstellt. Es ist aber auch möglich, dass er noch in den Reichstag kommt.

Der Schuster Fielitz wird vermuthlich demnächst nach Dalldorf wandern zu Gustav Rauchhaupt. (Ueber die Zuständigkeit Dalldorf's für Beide will ich nicht streiten.) Hauptmann scheint ihn mit Dr. Boxer für einen Paralytiker zu halten. Der Kranke hat lichtstarre Pupillen, Grössenideen, Neigung zu unsinnigen Einkäufen, neben vielen schwachsinnigen Dingen bringt er manchmal noch leidlich verständige Sachen vor — lassen wir also die Diagnose gelten, wenn auch Fielitz für eine beginnende Paralyse schon ziemlich alt ist. Aber ich kann keine Freude an diesem Paralytiker haben. Im ersten Akt merkt dem Mann Niemand an, dass er in Hauptmanns Sinne schon krank ist; bei der Vernehmung benimmt er sich anfangs ganz zweckmässig, erst zum Schlusse bietet er einigen krankhaften Stumpfsinn, was aber gar nicht nöthig wäre. Im letzten Akt allerdings ist sein Geisteszustand nicht mehr zweifelhaft. Mich wundert nur, dass das Stück so lange dauern konnte, dass der renommistische Schwätzer nicht längst sich seiner That, von der man daheim immer wieder redete, öffentlich gerühmt und alles verrathen und dadurch sich und seine Frau dem Richter überliefert hat. Aber davon ganz abgesehen kann Hauptmann der schwere Vorwurf nicht erspart bleiben, dass er eben überhaupt einen Geisteskranken auf die Bühne brachte, während ein Gesunder viel besser am Platze gewesen wäre. So war der Sieg Schmarowski's leicht; mit dem blöden Tölpel konnte jeder fertig werden. Aber was hätte das für einen spannenden Kampf auf Leben und Tod gegeben, wenn Fielitz mit vollen Geisteskräften gegen seine Frau und Schmarowski um den Lohn des gemeinsam vollbrachten Verbrechens gestritten hätte?!

Nebenbei sei bemerkt, dass schwerlich ein Arzt seinem Patienten ins Gesicht sagt: „Ihre Pupille bewegt sich nicht;" schon deshalb nicht, weil der Kranke nichts davon versteht. Noch viel weniger aber kommt ein paralytischer Schuster, der schon so weit ist, dass er seine Frau neben sich sterben lässt, ohne sich irgendwie um sie zu kümmern, auf den Gedanken, seine Pupillen in einem Handspiegel nachzuuntersuchen! Das Publikum, das die Worte Dr. Boxers von der Bühne hört oder im Buche liest, weiss gleichfalls nichts damit anzufangen; wenn Hauptmann die Diagnose „Paralyse" unbedingt sicherstellen wollte, musste er das auf eine andere Weise thun; eine hübsche Sprachstörung z. B. würde viel mehr Eindruck machen. (Der „rothe Hahn" bildet die Fortsetzung einer früheren Komödie Hauptmanns „Der Biberpelz," doch ist dies für die oben gegebenen Ausführungen ohne Bedeutung.)

Mittheilungen.

— Die diesjährige Wanderversammlung der **südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 24. und 25. Mai in Baden-Baden stattfinden. Die Geschäftsführer (Kraepelin-Heidelberg und Fischer-Pforzheim) laden zur Theilnahme und zur Anmeldung von Vorträgen ein.

— Bericht über die 12. Versammlung deutscher evangelischer Irrenseelsorger, am 19. und 20. September 1901 zu Roda. Am 19. und 20. September v. Js. tagte zu Roda in Sachsen-Altenburg die Versammlung deutscher evangelischer Irrenseelsorger. In der 6. Nachmittagsstunde des ersten Tages wurde die gut besuchte Versammlung durch den 1. Vorsitzenden, Superintendent Karmann-Schwetz nach voraufgegangenem Choralgesang mit Gebet eröffnet. Nach kurzer Begrüssung der erschienenen Amtsbrüder, sowie des die Conferenzen beehrenden Anstaltsdirectors Dr. Meyer und des Anstaltsarztes Dr. Hoffmann von der Landesanstalt „Genesungshaus" zu Roda erhielt Pfarrer Hempel-Sonnenstein das Wort zu seinem Vortrage:

„Trägt der Prophetismus psychopathische Züge?" In der Einleitung wurde darauf hingewiesen, dass in unserer, wie für alle geschichtlichen Erscheinungen, so auch für die der Religionsgeschichte, rein natürliche*), d. h. dem Menschenverstande begreifliche Ursachen und Vermittelungen suchenden Zeit immer mehr das Bestreben sich geltend mache, auch die Offenbarungen, d. h. den Prophetismus des alten und neuen Bundes, ihres göttlichen Characters zu entkleiden und auf rein menschliche Elemente zurückzuführen,

*) **Anm. der Red.: Dass wir mit dem Verf. in Bezug auf die nachfolgenden klinisch-psychiatrischen Ausführungen nicht übereinstimmen, brauchen wir wohl nicht besonders zu betonen, und in Bezug auf die Erforschung der natürlichen Ursachen als einer sich auch über das Gebiet der Religion (glücklicher Weise) immer mehr ergiessenden Erkenntnissquelle bemerken wir, dass bisher die grossen Denker, welche sich von Negation oder Zweifel nicht zum Glauben an die Mythen und Culte der sogen. positiven Religionen zurückgezogen, sondern zum Glauben an das Walten höherer harmonischer Weltgesetze durchgerungen haben, diese höhere und reifere Ueberzeugung gerade anerkanntermaassen der Naturforschung verdanken. Hoffentlich unterzieht sich ein College recht bald der dankbaren Aufgabe, die Irrthümlichkeit der theologischen Auffassung der Prophetie, wie auch der Ausführungen Hennicke's, eingehend zu beleuchten. Red.**



ja, noch weitergehend, die Gesichter und Gottesstimmen der Propheten als Aeusserungen krankhafter Erregungen, als psychopathische Vorgänge, zu fassen. Die Offenbarung Johannis z. B., welche mit ihren wunderbaren Gesichten und Stimmen für alle Epochen besonderer religiöser Erregung und Bewegung eine hervorragende Bedeutung erlangte, ist oft genug schon von Gelehrten und Ungelehrten minder gewerthet (so von Luther), ja als unapostolisch verworfen worden. Und doch ist gerade in diesem Falle der Nachweis sehr einfach zu erbringen, dass der Verfasser dieser Offenbarung ein durchaus klar disponirender, mit feinem Verständnisse die Elemente bereits vorhandener Offenbarungen (Buch Daniel, Buch Henoch, Assumptio Mosis) in seiner gewaltigen Composition (die divina comoedia des neuen Testaments ist sie genannt worden) zur Einkleidung religiöser, heilsgeschichtlicher Gedanken benützender Schriftsteller ist. Die Prophetie des alten und neuen Bundes bildet, weder mit den äusserlich ähnlichen heidnischen, noch mit späteren sogenannten Propheten irgendwie verwandt, ein Reich für sich. Von jenen allen unterscheidet sie sich vermöge ihrer Klarheit und Wahrhaftigkeit, um derentwillen der Prophet sich auch nicht scheut, es offen zu bekennen, wenn Gottes Offenbarung (schon dadurch als etwas nicht im Propheten Entstandenes, von ihm Erfundenes, sondern als Empfangenes, Gehörtes erwiesen) seinem Urtheil und Empfinden widerspricht. Er weiss sich von der eigenen Subjectivität unabhängig. Als Selbständiges, ja Fremdartiges tritt die Weissagung vor seinen Blick. Eine gewissenhafte, vorurtheilslose, psychologische und geschichtliche Untersuchung der alt- und neutestamentlichen Offenbarungsträger kommt immer wieder zu dem Resultate, dass der Prophetismus göttlicher Herkunft und auch in seinen auffälligsten Erscheinungen göttlich bedingt ist Dadurch sind psychopathische Momente, als für den Prophetismus generell bedeutsam, ausgeschlossen. Die Erklärung aus rein leiblicher, eigener Veranlagung (nervöse, hysterische) oder besonderer, künstlich gesteigerter Geisteserregung (durch Wachen, Fasten, Musik, Tanz und Genuss erregender Mittel) reicht nicht aus, die räthselhaften Verzückungen und Visionen der Propheten zu erklären, um deswillen schon, weil dieselben von allen unklaren, phantastischen, unlogischen Momenten frei sind und stets heilige, sittliche, ewige Zwecke verfolgen.

Hingegen ist nicht zu bezweifeln, dass die göttliche Weisheit vorhandene Leidenszustände benutzte, um die Wirkung der Prophetie durch dieselben zu verdeutlichen und zu verstärken, ohne dass der göttliche Inhalt dieser Prophetie dadurch alteriert worden wäre.

Letzteres gilt vom Propheten Ezechiel, sowie vom Apostel Paulus in besonderem Sinne; während die Prophetie der Bücher Samuelis wohl ekstatische, doch keineswegs psychopathische Züge trägt. Es wäre nicht richtig, die Hauptwirkung und Bedeutung derselben in dem dort geschilderten ekstatischen Wesen, in ihrem von Pauken-, Harfen-, Flöten- und Zithermusik begleiteten begeisterten Tanzen und Weissagen zu finden. Das alles sind unveräusserliche Elemente des Gottesdienstes, von dem die Prophetenschaar eben (1. Sam. 10, 5 f.) kommt. In jener Periode des Niederganges israelitischer Geschichte unter Samuel waren diese Prophetenschaaren (und Schulen) berufen, das ungläubige träge Volk durch jene eigenartige Verkündigung des Namens Gottes (vgl. dazu das Zungenreden und Weissagen der ersten Christen) zu wecken und zum gemeinsamen Handeln gegen seine und Jehovas Feinde zu führen. Durch die Begegnung mit ihnen wird Saul von gleicher Begeisterung ergriffen, wodurch er sich in einen anderen Menschen verwandelt, nicht sowohl p s y c h i s c h als e t h i s c h, sodass er selber zum begeisterten Bekenner geworden, diesem Bekenntniss allerwege Geltung verschafft. Jedenfalls fehlt bei jenen Propheten der Nachweis, dass sie erst durch Musik und Tanz sich künstlich erregt hätten. Diese dienten vielmehr zum äusserlichen, kultischen Ausdruck ihrer gläubigen Begeisterung, wie Davids Tanzen vor der Bundeslade 1. Chron. 15, 27 f. Auch der Prophet Elisa lässt nach 1. Chron. 25, 1 nur um deswillen einen Saitenspieler kommen, als er vor Joram und Josaphat weissagen will, weil der prophetische Vortrag dadurch besondere Weihe und Feierlichkeit erhält.

Unverkennbar psychopathische Züge zeigt die Gestalt des Propheten Ezechiel. Durch seine Krankheit wird er ein Wahrzeichen Gottes für Israel. In seiner fast dreijährigen chronischen Stimmlosigkeit und seiner plötzlichen völligen Genesung, in seiner körperlichen und geistigen Gebundenheit und der mit ihr wechselnden beschränkten Bewegungsfähigkeit und geistigen Regsamkeit wird Ezechiel persönlich zur Wahrsagung für des Volkes Geschichte und Jehovas Verhalten, vgl. 24, 27 „Zur selbigen Zeit wird dein Mund aufgethan werden . . ., dass du reden sollst und nicht mehr schweigen, denn du musst ihr Wunderzeichen sein, dass sie erfahren, ich sei der Herr; dazu vgl. 33, 22. Die bedeutsamen Stellen für den Nachweis des Leidenszustandes Ezechiels sind folgende: 3, 26; 24, 27; 33, 22 seine zeitweilige Stummheit; 3, 25; 4, 4 f. sein Daliegen in starrer Gebundenheit; die Eigenart seines Essens und Trinkens 4, 9 f.; 12, 18; die auffällige Art seines Haarscheerens 5, 1 f., sein Stampfen und Händeklatschen 6, 11, sein Seufzen 21, 11.

Diese Zeichen als blosse Redefigur oder schriftstellerische Einkleidungen prophetischer Gedanken zu deuten, ist ebenso unberechtigt, als sie in einen ekstatischen Zustand zu verlegen. Ersteres widerspricht der Wahrhaftigkeit des Propheten, der bezw. seinem Volke wohlbekannt und in der Zeit seiner Offenbarungen von den Vornehmen desselben überwacht war, letztere Annahme lässt die Visionen und die daraus resultierenden sympathischen Handlungen völlig zwecklos erscheinen. Eine Erklärung der Leidenslage des Propheten, vor allem der anhaltend starren Körperhaltung und Gliederlage, sowie seiner zeitweisen Stummheit (z. B. 3, 25 f. 4, 4 f. 7, 24, 27), dürfte mit Klostermann (Theol. Stud. u. Krit. 1877) in der Annahme gefunden sein, dass Ezechiel Symptome h o c h g r a d i g e r K a t a l e p s i e zeige. Wollte nun jemand sagen, dass die göttliche Wahrheit der Prophetie Ezechiels in dem Maasse aufhöre, wie seine Leidenszustände erklärt würden, so ist dem entgegenzuhalten:

1. Aus Ezechiels Krankheitszuständen ist seine Prophetie nicht zu erklären; ihr Inhalt ist schlechthin



unabhängig von denselben; nur für die Form der Mittheilung an das Volk ist sein Leiden mitbestimmend.

2. Gerade die Erkrankung und Genesung Ezechiels sind Machterweisungen Gottes.

3. Das Maass göttlichen Gehaltes der ezechielischen Prophetie ist nach dem Maasse ihrer göttlichen Wirkung zu schätzen. Ist nicht Ezechiel selber ein Mann Gottes, der in selbstloser Geduld sich beugen und demüthigen lässt und, immer wieder an Gott sich aufrichtend, trotz Spott und Hohn unerschütterlich seine Prophetenpflicht erfüllt?

4. Wir müssen's als gegeben hinnehmen, wenn Gott sich der Krankheit eines Ezechiel bedient, um sich besonders machtvoll als der Gerechte, Gnädige, Barmherzige zu offenbaren. Nicht von unserm Gottes-begriffe aus haben wir zu erklären, was göttliche Prophetie ist, und was menschliche Rede, (denn dieser Begriff ist etwas Abstrahiertes, Posteriorisches), sondern von dem göttlich Gegebenen, aus der Geschichte müssen wir beurtheilen, wie Gott seine Wege zur Menschheit wählt.

5. Ezechiel ist nicht in den krankhaften Zustand versetzt, um Prophet zu werden, sondern Gott knüpft an sein leibliches Uebel an, um auf den Propheten und durch ihn auf sein Volk zu wirken. —

Unter die Propheten wird in diesem Zusammenhange nach seinen eigenen Aussagen 2. Cor. c. 12, auch der Apostel Paulus zu rechnen sein. Aus dieser hochbedeutsamen Stelle geht hervor, dass der Apostel sich besonderer Entrückungen, Verzückungen und Offenbarungen rühmen dürfte, wobei er „unaussprechliche Worte hörte, die zu reden einem Menschen nicht erlaubt ist". Damit er sich jedoch um dieser ausserordentlichen Offenbarungen willen nicht überhebe, ist ihm ein Dorn (nicht Pfahl) für das Fleisch gegeben worden, „ein Satansengel, damit er mich mit Fäusten schlage". Dreimal bat er den Herrn Jesus, dass er von ihm abstehen möchte. Doch die Heimsuchung bleibt ihm: „Es genüge dir meine Gnade. Denn die Kraft kommt zur vollen Entfaltung an Schwachheit". Schliesslich bekennt der Apostel selber: Wenn ich schwach bin, so bin ich stark." Zweifellos weist Paulus hier auf ein unheilbares, des öfteren wiederkehrendes Leiden hin. Nach dem ganzen Zusammenhange stellt sich dasselbe bei ihm in gewissermaassen organischem und göttlich geordnetem Zusammenhange mit jenen besonderen Gesichten und Verzückungen ein. Nur so konnten sie als Züchtigungen Gottes gelten, zur Verhütung der Selbstüberhebung. Nach Gal. 4, 13 ist der Apostel bei den Galatern von einem Schwächezustand befallen und zu längerm Aufenthalte daselbst gezwungen worden. Er rühmt ihnen zwei Dinge nach: V. 14: „Da habt ihr eure Versuchung in meinem Fleische nicht gering geschätzt, noch davor ausgespieen, sondern habt mich wie einen Engel Gottes aufgenommen", und „Ich bezeuge euch, dass ihr, wenns möglich gewesen wäre, eure Augen ausgerissen und mir gegeben hättet." Nachgewiesen ist, dass man im Alterthume (Plinius. Nat. hist. 28, 4, 7) beim Anblicke von Fallsüchtigen ausspie (Despuimus comitiales morbos h. e. contagia regerimus) um Ansteckung zu verhüten; vgl. damit Theophrast: Char. eth: „Die Abergläubischen pflegen beim Anblicke eines Wahnsinnigen oder Fallsüchtigen sich „in den Busen zu spucken". Die Krankheit des Paulus brachte jene Galater in Versuchung, vor ihm auszuspeien, ihn zu verachten. Eine Folge seines Leidens war auch eine Schwäche der Augen. (Gal. 6 giebt an die Hand, dass er mit sehr grossen Buchstaben schreiben musste.) Da um eines Augenleidens willen niemand verachtet, dasselbe auch nie auf directe satanische Wirkung zurückgeführt wurde: (man vergleiche auch den nicht ausgesprochenen, aber doch ungesucht aus 2. Cor. 12, 7 sich ergebenden Gegensatz zu: „als einen Engel Gottes nehmet ihr mich auf", in dem sein Leiden wirkenden „Satansengel"): kann dasselbe nur Begleiterscheinung oder Folge eines anderen Leidens gewesen sein. Da dasselbe nach 2. Cor. 12, 4 mit Zuständen der Bewusstlosigkeit verbunden war, nach deren Verlauf Paulus weder von sich aus, noch durch andere feststellen konnte, ob er in ob ausser dem Leiden gewesen, so ist die Annahme, Paulus habe an einem Krampfleiden mit nachfolgenden Schwächezuständen, besonders der Augen, gelitten, nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Dass die geistige Schärfe und Klarheit des Apostels Paulus als Argument gegen die Annahme eines derartigen Leidens nicht angeführt werden kann, geht aus der grossen Anzahl ähnlich heimgesuchter und doch welt- und culturgeschichtlich hochbedeutsamer, also geistig keineswegs abgeschwächter Männer von Cäsar bis zu Napoleon I., (der einen epileptischen Anfall nach der Schlacht bei Dresden zu Heidenau, unweit des Sonnensteins, hatte) hervor. Russel Reynolds fand, dass von Epileptischen 38 % gänzlich von Seelenstörungen frei seien. Die gewonnenen Resultate wurden in dem Schlusssatze zusammengefasst: „Ueberall dort, wo irgendwelche psychopathische Züge im Prophetismus uns entgegentreten, sind sie nicht f ü r d e n g e i s t i g e n, r e l i g i ö s e n, s i t t l i c h e n G e h a l t, sondern a l l e i n f ü r d i e F o r m d e r Offenbarung maassgebend. Die wunderbare Wirkung Gottes auf seine Propheten wird dadurch in ein noch wunderbareres Licht gestellt, wie das Leben Ezechiels und Pauli beweist. —"

Am 2. Versammlungstage referierte Pastor Hennicke-Potsdam, nachdem die Verhandlungen durch Ansprache und Gebet des Sup. Verw. P. Nebelung-Königslutter eingeleitet waren, über „die Seelsorge an den Angefochtenen". Dem Vortrage liegen folgende Hauptsätze zu Grunde:

I. Die Seelsorge an den Angefochtenen setzt, obwohl sie zu den b e s o n d e r e n Aufgaben des Seelsorgers gehört, wie alle Seelsorge,

1. den Besitz des Vertrauens des Angefochtenen,

2. eine genaue Einsicht in das innere Leben und

3. Kenntniss der verschiedenen Anlässe zu Anfechtungen oder mannigfachen Anfechtungszuständen voraus.

II. Anfechtungen treten ein, wo ein vorhandenes Glaubensleben Störungen erfährt.

III. Diese Störungen können veranlasst sein:

1. durch herbe, äussere Lebenserfahrungen,

2. durch Schwankungen im Gleichgewicht des inneren Lebens,

3. durch krankhaften Zustand des Angefochtenen.

IV. Bei der seelsorgerlichen Behandlung der durch äussere Lebenserfahrungen oder Störungen im inneren Leben hervorgerufenen Anfechtungen stehen die der Seelsorge auch sonst gegebenen Mittel: Gottes Wort und Sakrament, Gebet und Liederschatz zu Gebote.

V. Die seelsorgerliche Behandlung der krankhaft Angefochtenen bestimmt sich durch das jeweilige Krankheitsbild. Wenn dadurch die anderen Mittel der Seelsorge ausgeschlossen werden, so bleibt als letztes noch die treue Fürbitte.

VI. Die Reconvalescenten sind weiter vom Seelsorger zu behandeln.

Beiden Referaten schlossen sich eingehende Besprechungen an. Schliesslich gab der 2. Vorsitzende, P. Hafner-Elberfeld den Bericht über die neuesten litterarischen Erscheinungen auf dem Gebiete der Irrenpflege.

Am Nachmittag des 20. September wurde unter gütiger Führung des Herrn Director Dr. Meyer die Landesanstalt zu Roda in allen ihren Abtheilungen besichtigt.

Den Beschluss der Versammlung bildete ein Ausflug nach Schwarzburg.

Möge der in dem gastlichen Roda gepflogene Austausch wissenschaftlicher Anschauungen und practischer Erfahrungen reiche Frucht für unsere Arbeit an den Kranken schaffen!

Anstaltspfarrer Hempel,
Sonnenstein.

— **Aus Württemberg**. Seit über Jahresfrist haben sich auf die Anregung von Herrn Medicinalrath Director Dr. Kreuser (Winnenthal) die Irren- und Nervenärzte Württembergs zu einer zwangslosen Vereinigung zusammengethan, die neben der Anregung zu wissenschaftlichen Arbeiten und neben der Pflege des geselligen Lebens vor allen Dingen dazu Gelegenheit bieten soll, sich in practischen Fragen, die die Fürsorge für Geistes- und Nervenkranke betreffen, in persönlichem Verkehr zu verständigen. Auf einer vorbereitenden Versammlung in Ulm (14. December 1900), an der beinahe sämmtliche Directoren und Leiter staatlicher und privater Irrenanstalten und Nerven- und Trinkersanatorien theilnahmen, wurde beschlossen, vorerst jährlich vier, je einen halben Tag dauernd, immer mit einem gemeinsamen Essen verbundene Zusammenkünfte abzuhalten und zwar eine an einer jedes Jahr zu wechselnden Irrenanstalt des Landes, die anderen drei an neutralen, für den Verkehr günstig gelegenen Orten. Bis jetzt haben vier solche Versammlungen (Ulm, 16. Jan. 1901, Stuttgart, 30. März, Schussenried Anstalt 29. Juni, Ulm 16. December 1901) stattgefunden, die alle einen sehr netten, gemüthlichen und anregenden Verlauf nahmen und, abgesehen von der ersten, immer von ca. zwanzig Theilnehmern besucht waren.

Dabei wurden folgende Vorträge gehalten:

Director Dr. Binder, Zwiefalten: Ueber den Transport der Insassen des Ludwigsburger Tollhauses in die Irrenanstalt Zwiefalten im Jahre 1812. — Director Dr. Kreuser, Schussenried: Ueber einen Fall aus der forensischen Praxis.

Oberarzt Dr. Gross, Schussenried: Ueber Glykosurie bei Geisteskranken.

Vortr. bespricht die Beziehungen zwischen Erkrankungen des Centralnervensystems und Diabetes und umgekehrt unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und untersucht daraufhin folgende drei, in der Anstalt Sch. beobachteten Fälle:

1. Erblich schwer belasteter (auch Diabetes) Arzt, selbst sehr nervös (öfters hysterische Stimmbandlähmungen), aber sehr begabt. Mit 28 Jahren nach geistiger Ueberanstrengung schwere maniakalische Erregung (1885—1887); Urin dabei von süsslichem Geruch; genesen entlassen. War nachher einer der gesuchtesten Aerzte. Im September 1899 beginnend öfters plötzliche Ohnmachtsanfälle, und daran anschliessend deliriöse Zustände mit Sinnestäuschungen. In die Anstalt verbracht, rasche Beruhigung; im Urin 0,3 % Zucker. Am 16. October Reizerscheinungen in der linken Körperhälfte: Zuckungen im Gesicht, Verziehen des Mundwinkels, temporäre Aphasie, krampfhafte Beugung und Streckung des linken Armes, Singultus, von etwa 1/4stündiger Dauer. Am 23. Octbr. als von seiner Psychose genesen entlassen. Ausserhalb der Anstalt erneute Herdsymptome. Am 15. Jan. 1900 Exitus. Section: Gliosarkom in der r. Hemisphäre.

2. 42jähriger Kaufmann, luetisch inficirt, erblich nicht belastet. September 1899 Depression mit Verarmungsideen, dann gehobene Stimmung mit blühenden Grössenideen, Gedächtnissschwäche. Aufgenommen am 27. December 1899. Rechte Pupille starr, aufgehobene Patellarsehnenreflexe. Parese des rechten Facialisgebietes. Euphorische Demenz mit Gedächtnissschwäche; sehr suggestibel; bunte Grössenideen. Diagnose: Dementia paralytica progressiva. Starken Durst; Urin: 5 % Zucker bei ca. 3000 gr. pro die. Exitus 1. Februar 1900. Section: Lepto- und Pachymeningitis. Leichtes Atherom der Gehirnarterien. Hyperaemie.

3. 52jähriger Postbeamter, starker Trinker und Raucher, erblich nicht belastet. 1892 apoplektischer Insult mit vorübergehender rechtsseitiger Lähmung; damals wurde schon Diabetes und Nephritis constatirt. Im Verlauf stärkeres Trinken, Abnahme der geistigen Fähigkeiten, konnte keine selbstständige Stellung einnehmen; später öfters Wiederholung der apoplectischen Insulte. Aufgenommen 23. Januar 1900; Pupillen normal. Patellarsehnenreflexe stark gesteigert, Sprachstörung, starker Tremor; viel Durst; im Urin 1 % Albumen, 15 % Zucker, der aber bald zurückging. Euphorische Stimmung mit mangelnder Orientirung, dabei einiges Krankheitsgefühl; sehr hilflos. Tod an Influenzaanfall 8. März 1901. Section: Exostosen der Tab. interna, starke Pachy- und Leptomeningitis. Hochgradige Atheromatose der Hirnarterien; zahlreiche theils erweichte, theils in Cysten umgewandelte Stellen in den Stammganglien und der Brücke.

Dabei kommt Vortrag. zu dem Endergebniss, dass dem Diabetes in allen drei Fällen eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Psychosen nicht zukommt, dass er in allen drei Fällen auf derselben Basis wie die Psychose selbst — erbliche Belastung,



psychopathische Veranlagung, Lues, Alkohol — sich entwickelt hat, dass er aber in Fall 2 und 3 wohl geeignet war, einen nachtheiligen Einfluss auf den Verlauf der Psychosen auszuüben.

Director Dr. Kreuser, Schussenried: Vortrag über einige Fragen des württembergischen Irrenwesens.

Dr. Rühle, Schussenried: Ein Fall von Tabes dorsalis, combinirt mit Paranoia. Krankenvorstellung.

Pat. 44 Jahre alt, erblich nicht belastet, Heizer, mit 24 Jahren Lues, mit 35 Jahren Abnahme des Sehvermögens, nach 2 Jahren dann Beschwerden beim Gehen, Gürtelgefühl, Blasenschwäche, Paraesthesien in den Unterextremitäten. Seit 4 Jahren sich langsam entwickelnder elektro-magnetischer Verfolgungswahn mit Geruchs-, Geschmacks- und Gehörhallucinationen und daran sich anschliessend ein systematisirter, sich immer weiter ausdehnender Verfolgungs- und Grössenwahn. Jetzt vollständige Sehnervenatrophie. Pupillenstarre, Par- und Hypästhesie, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, vollständige Ataxie der Unterextremitäten, Astasie, Abasie, Schwerhörigkeit. Schrift und Sprache fliessend, ohne Störungen, Krankheitseinsicht für Tabes. Gutes Gedächtniss. Orientirt. Producirt seine Wahnideen immer in der gleichen Weise, dabei etwas Nachlassen des Affectes. Elektro-magnetischer Verfolgungswahn, Geruchshallucinationen bestehen fort.

Oberarzt Dr. Gross, Schussenried: Demonstration dreier atypischer Psychosen.

1. 50 Jahre alter Pat., vor drei Jahren erkrankt. Beginn mit Reizbarkeit, Beeinträchtigungsideen gegen seine Arbeitsgeber, dann Neigung zu Gewaltthätigkeiten, Sinnestäuschungen und damit verbundene lose systematisirte Wahnvorstellungen. Stimmung leicht gehoben; Besonnenheit erhalten. Seit Frühjahr 1901 immer mehr apathisch, indolent gegen alles, theilweise disorientirt. Producirt nur noch einige Worte, erkennt aber vorgehaltene Gegenstände. Im Sommer 1901 dann träge Pupillenreaction, stark gesteigerte Patellarsehnenreflexe, spastischer Gang, leichter Spasmus sämmtlicher Extremitätenmuskel, Neigung zu Unreinlichkeit. — Die ursprünglich gestellte Diagnose Paranoia mit Neigung zur Verblödung muss deshalb in Dementia paralytica umgeändert werden.

2. und 3. 51 und 58 Jahre alte Patienten, vor circa 10 Jahren, der eine im Anschluss an ein Jagdvergehen, der andere im Anschluss an ein Trauma an quaerulierender Paranoia erkrankt, wegen Gemeingefährlichkeit polizeilich in die Anstalt eingewiesen. Bei Fall 2 seit etwa einem Jahr Zurücktreten der Wahnvorstellungen, vollständig beruhigt, hat ganz freie Bewegung, ohne sie zu missbrauchen und ist ein tüchtiger Arbeiter (Limonadenfabrikant in der Anstalt). Bei Fall 3 ebenfalls Zurücktreten der alten Wahnvorstellungen, dafür seit Jahresfrist mehr gehobene Stimmung, überall Liebeleien anknüpfend, cynisch in seinen Ausdrücken, alles verdächtigend, sowohl sexueller Vergehen als auch des Diebstahls; dabei ist vor ihm selbst nichts sicher.

Dr. Wiehl, Schussenried: Demonstration mehrerer Fälle von weiblichen Katatonien, die, nachdem sie alle einen Cyklus von verschiedenen Krankheitsbildern: Melancholie — Manie, — paranoides Stadium, Verwirrtheit — paranoides Stadium, Melancholie — paranoides Stadium, — durchlaufen, jetzt sämmtlich den, soweit ersichtlich, nicht durch irgend einen Vorstellungsinhalt bedingten katatonischen Symptomencomplex in verschiedener Weise zeigen: activer und passiver Negativismus, Mutacismus, Nahrungsverweigerung: Stereotypien in Haltung, Bewegung, Schnutenbildung, Speichelfluss, Zähneknirschen; trophische Störungen am Zahnfleisch, blaurot verfärbte Haut am Handrücken; Flexibilitas cerea, Echohalie u. s. w. Ein Fall ist interessant durch öfters auftretende, Minuten bis Tage anhaltende lucida intervalla mit vollständiger Besonnenheit, aber ohne richtige Einsicht in ihre Lage.

Oberarzt Dr. Ehrhardt, Schussenried: Demonstration von 8 weiblichen Paralysen, Besprechung der Aetiologie, Alter und Dauer der Erkrankung, Symptomatologie. Ein Fall ist interessant durch intermittierenden Speichelfluss: 2—3 Tage anhaltender Speichelfluss bis zu 3 Liter pro die, verbunden mit brennenden Schmerzen im ganzen Mund und mit schwerer psychischer Depression, Todesfurcht; dann wieder 1—2 Tage Wohlbefinden mit freundlichem Benehmen; leichter Euphorie.

Oberarzt Dr. Schott, Zwiefalten: Ueber Melancholie. Vortragender bespricht nach einem Ueberblick über die Lehre von der Melancholie 250 Fälle von Melancholie, wobei er die circulären Fälle ausschliesst, sich aber nicht auf den Boden der Kraepelin'schen Lehre stellt, eingehend nach ihrer Aetiologie, Symptomatologie u. s. w., und versucht daraus differentialdiagnostische und prognostische Schlüsse zu ziehen (veröffentlicht im „Medicinischen Correspondenzblatt" des Württbg. ärztl. Landesvereins, Bd. 72. Nr. 7 u. 8. 1902).

Ausser diesen Vorträgen kamen noch verschiedene andere praktische Fragen zur Besprechung; unter anderem wurde auf Antrag von Herrn Medicinalrath Director Dr. Kreuser, um die Erfahrungen bei Entmündigungen, Ehescheidungen und anderen gerichtlichen Begutachtungen zu verwerten, Dr. Wiedemann, Direktor der Privat-Irrenanstalt Rottenmünster, damit betraut, für die nächste Zusammenkunft ein Schema auszuarbeiten, nach dem sämmtliche solche Fälle jährlich durch die Vereinigung zusammengestellt und eventuell veröffentlicht werden sollen.

In der letzten Versammlung wurde den beiden kürzlich verstorbenen Anstaltsdirektoren, Dr. Binder, Zwiefalten und Dr. Gessler, Winnenthal, in ehrender Weise gedacht.

i. A. Dr. Wiehl.

— **Preussen.** Durch Erlass des Ministers des Innern ist betreffs der am 1. April d. J. zu eröffnenden Irren-Abtheilung an der Strafanstalt zu Graudenz folgendes verfügt worden:

In dieselben sind aufzunehmen, männliche Strafgefangene, welche wegen ihres Geisteszustandes einem Heil- oder Beobachtungsverfahren zu unterziehen sind, aus den Strafanstalten und Gefängnissen der Verwaltung

des Ministeriums d. Innern im Bereich der Provinzen Ostpreussen, Westpreussen, Pommern und Posen. Ferner männliche Gefangene, welche wegen ihres Geisteszustandes einem Heil- oder Beobachtungsverfahren zu unterziehen sind aus den Justizgefängnissen der Oberlandsgerichtsbezirke Königsberg, Marienwerder und Posen bis zur endgültigen Feststellung ihres Geisteszustandes. Die Aufnahmebezirke der Irren-Abtheilungen in Breslau und Berlin verringern sich nach Eröffnung der Graudenzer Anstalt um die entsprechenden Provinzen. —

Referate.

— R. Glaser, Das Seelenleben des Menschen im gesunden und im kranken Gehirn. Verlag von Huber in Frauenfeld. 1901.

Verf. steht auf dualistischem Boden und will mit seinem Büchlein bei allen, die sich für das menschliche Seelenleben ernstlich interessieren, an der Hand elementarer Betrachtungen das „beruhigende Gefühl der Orientierung und Klarheit" erzeugen. Er schildert zu diesem Behufe die Functionen des Gehirns und der Seele zunächst in gesunden, dann in kranken Tagen. Hierbei sucht er namentlich auch kurz in allgemeinverständlicher Weise aufzuklären über Wesen, Ursachen und persönliche Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Manche treffende Bemerkung hat sich unter einen Wust wissenschaftlich unhaltbarer oder stark anfechtbarer Behauptungen verirrt, so dass eine „klare Orientierung" über Fragen des menschlichen Seelenlebens im ganzen nicht erzielt wird. Denn ähnlich kühne Behauptungen wie die, dass „das rote, sauerstofftragende Blut, indem es die nackten Dendriten und Nervenenden umspült, in der Gehirnrinde Bewusstsein, geistiges Leben, das Lymphwasser aber Bewusstlosigkeit erzeugt," finden sich überall

Hahn-Hubertusburg.

— Audax, Wie werde ich verrückt? Intimstes aus der Sprechstunde des Arztes. Theil I. Hamburg, Verl. f. popul. Medicin. 1901.

Die im Zwiegespräche vorgeführten Patienten sind durch Neurasthenie und Vererbung, aussereheliche Schwangerschaft, Morphiumsucht, Alkoholismus, Onanie, Harnröhrenerkrankung oder Syphilis in tiefste Verzweiflung geraten und empfangen vom Arzte, dem sie hier ihre Nöthe klagen, angemessene Aufklärung, liebevolle Trostzusprüche und heilsame Rathschläge. So sucht Verf. das grosse Publicum in ernster, anziehender und nachahmenswerther Weise immer sachgemäss über die behandelten Themata zu belehren. Mit Rücksicht auf seinen guten Zweck und Inhalt ist dem Büchlein trotz seines etwas bizarren, sensationslüsternen Titels weiteste Verbreitung zu wünschen.

Hahn-Hubertusburg.

— Finckh-Reutlingen, Die Nervenkrankheiten. Verl. d. ärztlichen Rundschau. München. 1901.

Das kleine Heft enthält eine gute allgemeinverständliche Darstellung der Ursachen und der hauptsächlichsten Formen und Erscheinungen der Nervenkrankheiten und giebt dem Laien einige beherzigenswerthe allgemeine Anhaltspunkte zur Behandlung und Verhütung derselben. Rühmend hervorgehoben seien hier nur die treffenden Bemerkungen über die erzieherische und hygienische Behandlung der Kinder, gegen die von Eltern und Lehrern aus unzureichender Einsicht in die geistigen und leiblichen Eigenthümlichkeiten des jugendlichen Organismus leider sehr oft zum Schaden der späteren Gesundheit und Leistungsfähigkeit schwer gefehlt wird.

Hahn-Hubertusburg.

Bibliographie.

(Besprechung der wichtigeren Arbeiten erfolgt unter „Referate".)

Rivist. sperimentale di Freniatria, vol. XXVII, 3/4:

Giulio Cesare Ferrari, Influenza degli stati emotivi sulla genesi e sullo sviluppo dei deliri e di alcune psicosi (Parte II).

Guglielmo Mondio, Le condizioni mentali di tre amiotrofici.

Pietro Guizetti, Esperienze collo stafilococco piogene aureo allo scopo di riprodurre la corea reumatica.

Carlo Ceni, Nuove proprietà tossiche e terapeutiche delsiero di sangue degli epilettici e loro applicazioni pratiche.

Arturo Donaggio, Idiozia e rigidità spastica congenita.

Carlo Ceni e Guglielmo De Pastrovich, Adattamento della cellula nervosa all'iperattività funzionale.

Augusto Giannelli, Contributo allo studio della microgiria.

Ferruccio Schupfer, Sul valore prognostico dell' atrofia dei nervi ottici nella tabe dorsale.

Giovanni Mingazzini, Contributo allo studio dei tumori incipienti della superficie cerebrale e del midollo spinale.

Luigi Sabbatani, Importanza del calcio che trovasi nella corteccia cerebrale.

Gio. Batista Pellizza, Contributo alla istologia ed alla patogenesi dei dumori di tessuto nervoso.

Clodomiro Bonfigli, Una lettera inedita di G. B. Ercon ali sulla Pellagra.

Maurizio Benedikt, Alcune questioni fondamentale di neurofisiologia e patologia.

Giulio Obici, Influenza del lavoro intellettuale prolungato e della fatica mentale sulla respirazione.

Giulio Vassale, Funzione paratiroidea e funzione tiroidea.

Carlo Scappucci, Primi esperimenti sull' abilità motrice nei sani e negli alienati.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Kraschnitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Sachregister.*)

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

*) Criminalanthropologisches u. dgl. wolle man in dem zu Anfang jeden Quartals erschienenen Verzeichniss nachsehen.





Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)






Generated on 2019-05-30 20:59 GMT / http://hdl.handle.net/2027/hvd.32044102957321
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google